



**MÁSTER DE ARTETERAPIA Y EDUCACIÓN ARTÍSTICA PARA LA  
INCLUSIÓN SOCIAL**

**ARTETERAPIA DURANTE LA PRIMERA INFANCIA EN  
UN CENTRO HOSPITALARIO: ANÁLISIS DE CASOS  
EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS**

**María Mata Correas**

**TUTOR: Jorge Marugán Kraus**

**TRABAJO FIN DE MÁSTER**

**CURSO: 2016 – 2017**

**Convocatoria: Julio**

**ESPECIALIDAD: Ámbito clínico**

**Departamento de Didáctica de la Expresión Plástica.  
Facultad de Educación. Universidad Complutense de Madrid**

## ÍNDICE

<b>RESUMEN-ABSTRACT .....</b>	<b>4</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>5</b>
1. 1. TEMA ELEGIDO.....	5
1. 2. ABORDAJE.....	6
<b>2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS.....</b>	<b>7</b>
2.1. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	7
2.1.1. <i>Pregunta principal</i> .....	7
2.1.2. <i>Preguntas secundarias</i> .....	7
2.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
2.2.1. <i>Objetivo general</i> .....	7
2.2.2. <i>Objetivos específicos</i> .....	8
<b>3. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>8</b>
3.1. EL DESARROLLO EVOLUTIVO EN LA INFANCIA.....	8
3.1.1. <i>El desarrollo biosocial</i> .....	8
3.1.2. <i>El desarrollo cognitivo</i> .....	9
3.1.3. <i>El desarrollo psicosocial</i> .....	11
3.2. LAS TEORÍAS PSICOANALÍTICAS EN LA CONSTITUCIÓN DEL SUJETO.....	12
3.2.1. <i>Teoría psicosexual</i> .....	12
3.2.2. <i>Teoría psicosocial</i> .....	14
3.2.3. <i>Lo imaginario, lo simbólico y lo real</i> .....	15
3.2.4. <i>Las pulsiones parciales del infante y sus objetos</i> .....	17
3.3. LA ARTETERAPIA Y EL ARTE INFANTIL .....	18
3.3.1. <i>Historia de la Arteterapia y el arte infantil</i> .....	18
3.3.2. <i>El arte infantil</i> .....	20
3.3.3. <i>Fases evolutivas en el arte infantil</i> .....	21
3.3.4. <i>La arteterapia en la infancia</i> .....	23
3.4. EL ÁMBITO HOSPITALARIO.....	25
3.4.1. <i>La hospitalización y la hemodiálisis en pacientes pediátricos</i> .....	25
3.4.2. <i>Arteterapia médica</i> .....	26
<b>4. MÉTODO .....</b>	<b>28</b>
4.1. ESTUDIO DE CASOS .....	29
4.1.1. <i>Definición</i> .....	29



4.1.2. Casos .....	29
4.1.3. Triangulación.....	31
4.1.4. Técnicas de recolección de datos.....	31
4.1.5. Análisis de interpretación.....	32
4.2. CUESTIONES ÉTICAS.....	33
<b>5. PROPUESTA .....</b>	<b>33</b>
5.1. DISEÑO .....	33
5.1.1. Encuadre .....	33
5.1.2. Materiales y técnicas.....	35
5.1.3. Sesiones.....	35
5.2. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS.....	36
5.2.1. Objetivos terapéuticos generales.....	36
5.2.2. Objetivos terapéuticos específicos.....	37
5.3. DESARROLLO DE LA PROPUESTA: ANÁLISIS DE CASOS .....	37
5.3.1. Valoración a nivel evolutivo.....	37
5.3.2. Identificaciones imaginarias y simbólicas .....	41
5.3.3. Lo real .....	48
5.3.4. Las pulsiones parciales y sus objetos.....	50
5.3.5. Recursos y capacidades de expresión de imágenes y símbolos .....	52
5.4. VALORACIÓN DE LA CONSECUCIÓN DE OBJETIVOS TERAPÉUTICOS .....	56
<b>6. CONCLUSIONES .....</b>	<b>58</b>
PROSPECTIVAS.....	61
<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>62</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>66</b>

## **RESUMEN-ABSTRACT**

### **RESUMEN**

El presente trabajo de investigación expone el caso de una intervención de arteterapia grupal para niños ingresados en tratamiento de hemodiálisis, enfocado en la experiencia de dos de sus participantes. Como objetivo se plantea reflexionar sobre la función de la arteterapia durante las sesiones de hemodiálisis en el centro hospitalario con pacientes de la primera infancia, con el fin de adquirir un mayor entendimiento de los niños, mejorar la intervención realizada y poder dar más información a otros arteterapeutas. El estudio de caso parte de la propuesta de intervención que se configura a través de la revisión de la literatura en materia de arte infantil, arteterapia médica, y desde el enfoque psicoanalítico y la psicología del desarrollo.

**Palabras clave:** primera infancia, arteterapia médica, estudio de caso, ámbito clínico, fallo renal, psicoanálisis.

### **ABSTRACT**

This paper is essentially a description of a field study bringing a psychoanalytic and developmental approach to the exploration of an art therapy group in which children are receiving hemodialysis treatment. The purpose of this qualitative case study analysis on early childhood is to evaluate the positive and negative aspects of this medical art therapy intervention, to have a better understanding of two children who have been part of the sessions and to give more information to other art therapists. The case study is built on the intervention proposal, which is based on a review of the literature in children's art and medical art therapy.

**Key words:** early childhood, medical art therapy, case study, clinical framework, kidney disease, psychoanalysis.

Cualesquiera que sean, las marcas dejadas por alguien en alguna parte, los pasos sobre la arena mojada, los signos en la baldosa empañada o los trazos garabateados por el niño en la hoja de papel, esas marcas siempre son la indicación, más o menos convencional, del paso, de la actividad y del pensamiento de su autor. Cualquiera que sea el origen de la marca, ya se trate de un dibujo hecho por un niño en la escuela o de un grabado realizado por un artista conocido, en cada uno de los casos el efecto está determinado por movimientos, por ademanes que han dejado marcas, más o menos permanentes, más o menos estructuradas. Esas marcas atestiguan nuestra manera de ser, de actuar, de pensar; son, en sentido estricto como figurado, la firma de nuestra existencia. (Cambier, 1999, p. 14).

## **1. INTRODUCCIÓN**

### **1. 1. Tema elegido**

Durante los meses de octubre de 2016 a abril de 2017 se llevaron a cabo las prácticas del *máster de Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Social* en el Hospital Universitario La Paz. Parte de las mismas ofreciendo el servicio de arteterapia a niños en tratamiento de hemodiálisis los sábados por la mañana, de 10 a 12 horas. Durante estos siete meses de trabajo, se realizaron sesiones de manera permanente con dos casos, de 2 y 4 años, que generaban planteamientos e interrogantes sobre la función de la arteterapeuta en el espacio hospitalario y sobre los usos de la arteterapia con niños tan pequeños. Este encuentro desde la arteterapia con la primera infancia en el ámbito hospitalario, la experiencia personal y profesional previa con niños de educación infantil y la curiosidad por esta edad, tan importante en la vida de las personas, llevan a plantear este estudio.

A su vez estos casos han supuesto varios retos de cara al planteamiento de las sesiones y su realización, planteándose interrogantes sobre el trabajo: *¿qué aspectos debe trabajar este niño?*, *¿cuáles son los objetivos?*, *¿qué materiales se deberían proporcionar?* El reto de trabajar con niños pequeños en unas características determinadas como son el estar conectados a las máquinas de hemodiálisis, la limitación del movimiento y la precaución con las vías, en un espacio donde la higiene es prioritaria y el uso de determinados materiales ha de ser controlado. Y el reto de trabajar de manera individual, grupal y desde un enfoque familiar en algunas ocasiones y con la presencia de enfermeros y médicos.

Con la intención de comprender más las experiencias de los niños, su proceso y sus necesidades en este recorrido terapéutico, de investigación y de análisis se ha ido leyendo y descubriendo cuánta curiosidad la infancia ha despertado en los dos últimos siglos en las investigaciones, pudiéndose encontrar trabajos sobre su desarrollo evolutivo y cuáles son algunos de los hitos fundamentales con autores tan conocidos como Vygotsky, Freud, Erikson o Piaget. El área del arte infantil, haciendo especial hincapié en el dibujo, ha sido analizada por numerosos teóricos como Anne Cambier, Marisa y Ricardo Rodulfo o Lowenfeld, entre otros. El uso del dibujo dentro de las psicoterapias, desde las técnicas proyectivas, con Koppitz, al propio Winnicott y su uso del garabato. Y dentro del ámbito de la arteterapia cada vez se puede encontrar más información gracias a las distintas asociaciones de arteterapia en el mundo.

Sin embargo estudios sobre arteterapia durante la primer infancia, y ya enfocados dentro de un hospital, es difícil encontrarlos. Hallándose más trabajos en las edades posteriores.

Por todo ello se decidió enfocar este trabajo en el estudio y en la práctica de las posibilidades que ofrece la arteterapia con niños en su primera infancia que reciben tratamiento de hemodiálisis. Y con la finalidad de analizar los beneficios que puede aportar y mejorar el trabajo diario realizado, siendo un rol de mucha responsabilidad por el uso de los materiales, el proceso de aprendizaje y la vinculación con los niños y las familias.

## **1. 2. Abordaje**

La propuesta de investigación es de corte cualitativo, basa el trabajo en observaciones y descripciones realizadas de las sesiones de arteterapia, con el fin de analizar y comprender la realidad a través de propuestas de intervención y de la experiencia vivida junto a dos casos, sus familias, otra arteterapeuta y otros profesionales del entorno médico. Para ello se utiliza el estudio de casos como método de investigación.

El enfoque de trabajo planteado es el psicoanalítico, siendo el psicoanálisis de las primeras escuelas psicológicas que se interesan por el estudio y la expresión de las personas a través de las artes, también por el gran recorrido de trabajos publicados sobre la primera infancia, y por el uso

de la creatividad, el juego y los recursos artísticos en la intervención. Así como por la posición observadora del terapeuta, trabajando con aquello que surge, desde lo espontáneo. Añadir que, también este enfoque, es en el que más se ha profundizado durante el máster. Además el análisis se realiza desde las teorías del desarrollo, por su estudio en el recorrido de cómo las personas van evolucionando física, cognitiva, emocional y socialmente.

## **2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS**

### **2.1. Preguntas de investigación**

#### **2.1.1. Pregunta principal**

¿Cómo favorecer el bienestar asociado a la experiencia hospitalaria y al tratamiento de hemodiálisis en niños de la primera infancia desde las sesiones de arteterapia?

#### **2.1.2. Preguntas secundarias**

¿Puede ser la arteterapia una herramienta útil para la expresión de la experiencia médica o la enfermedad del niño?

¿Cómo se puede favorecer su bienestar ante tratamientos extensos en el tiempo y problemáticas crónicas?

¿Se puede ayudar a los niños de la primera infancia a conocer y canalizar sus emociones desde el trabajo en arteterapia?

¿De qué manera se puede mejorar la calidad de las acciones arteterapéuticas?

### **2.2. Objetivos de la investigación**

#### **2.2.1. Objetivo general**

Reflexionar sobre la función de la arteterapia durante las sesiones de hemodiálisis en el centro hospitalario con pacientes de la primera infancia, con el fin de adquirir un mayor entendimiento de los niños, mejorar la intervención realizada y poder dar más información a otros arteterapeutas.

### **2.2.2. Objetivos específicos**

Mejorar la calidad de las acciones en la intervención en arteterapia, profundizando en los aspectos teóricos y prácticos del ejercicio de la arteterapia en el ámbito hospitalario.

Identificar aspectos favorecedores y desfavorecedores de la intervención con niños de 2 a 5 años.

Analizar las intervenciones realizadas en dos análisis de caso.

## **3. MARCO TEÓRICO**

### **3.1. El desarrollo evolutivo en la infancia**

Para obtener una mayor comprensión del desarrollo evolutivo de las personas durante la primera infancia, se recogen un conjunto de teorías de la ciencia del desarrollo humano. Este desarrollo se ve afectado por el contexto histórico, el socioeconómico, la cultura o el estilo de vida y la genética. A continuación, se realiza una recopilación de los aspectos más importantes de la etapa comprendida entre los 2 y los 6 años de edad.

#### **3.1.1. El desarrollo biosocial**

A nivel corporal los niños en estas edades van aumentando de peso a la vez que adelgazan y transforman la grasa en músculo, su centro de gravedad pasa del esternón al ombligo, proporcionándoles gran parte de las habilidades motoras. El encéfalo continúa desarrollándose aún cuando gran parte del mismo ya está operativo a los dos años de edad. Las funciones del encéfalo que más se desarrollan en esta etapa son las que caracterizan al ser humano, posibilitando un pensamiento y una memoria más rápida, coordinada y reflexiva.

Los niños de un año son muy impulsivos, esta impulsividad irá atenuándose con la mielinización y el desarrollo de la corteza prefrontal, permitiendo un mayor control de los impulsos a partir de los tres o cuatro años de edad. También la perseveración es propia de los niños en esta edad, la capacidad de permanecer en un lugar jugando con el mismo objeto durante largo tiempo o repitiendo la misma acción. Se debe a las mismas causas que la impulsividad (Berger, 2007, p. 230).

La mielinización del cuerpo calloso facilita la coordinación de brazos y piernas, importante para el progreso de la motricidad gruesa, valiosa para la salud, el bienestar y la autoexpresión a través de, por ejemplo, la danza o los deportes. La motricidad fina, necesita de la mielinización del sistema nervioso que durante la primera etapa de la infancia no está suficientemente mielinizado. Incluye los pequeños movimientos del cuerpo, principalmente de dedos y manos, siendo más costosa su adquisición, por ejemplo, en la escritura o el dibujo.

Se destacan algunos hitos propios de esta edad, como que a los dos años dibujan líneas y espirales; que a los tres años pueden copiar formas simples, como el círculo o el rectángulo; a los cuatro años pueden utilizar tijeras para cortar, siendo esta una tarea costosa y lenta al comienzo, comer sólo con un tenedor, copiar gran parte de las letras, vestirse solos, y atrapar una pelota; a los cinco años saltan y trotan, aplauden, golpean y cantan con ritmo, copian formas y letras difíciles como la letra S o un rombo y; a los seis años dibujan y escriben con una mano. Marzenich, 2001, citado por Berger (2007), destaca que muchos niños alcanzan ciertas habilidades motoras antes o después que otros o que lo que los estudios de manera general recogen, dependiendo de aquello que se valora en su contexto cultural o por sus familiares, ya que “cada niño tiene un conjunto único de experiencias y una velocidad de maduración individual, y ambas cosas influyen para que estas capacidades se desarrollen en un momento determinado” (p.235).

La manera en que los niños de la primera infancia desarrollan sus habilidades motoras y sociales es fundamentalmente a través del juego espontáneo (Berger, 2007). También se puede observar su desarrollo físico en la coordinación visual y motora, en el modo en que los niños colocan su cuerpo, cómo trazan líneas y muestran sus habilidades, y cómo lo proyectan, conocido como imaginación corporal (Lowenfeld y Brittain, 2008).

### **3.1.2. El desarrollo cognitivo**

Dos de los autores principales en el estudio de la cognición fueron, Piaget y Vygotsky.

Piaget (1952) consideraba a los niños como pensadores, estudiando así los procesos del pensamiento y cómo afectan a la comprensión del

mundo, aludiendo a una secuencia evolutiva en cuatro períodos. Piaget situaba la edad de los 2 a los 7 años en su segundo estadio, denominándolo 'preoperacional'. El pensamiento sensoriomotor, previo a los 2 años utilizaba las habilidades sensoriales y motoras para entender el mundo a través de la utilización de objetos. El periodo preoperacional incluye el lenguaje, la imaginación y otros aspectos del pensamiento simbólico, donde ya no utiliza objetos como intermediarios sino que utiliza, para ayudar a la cognición, los símbolos. Pero, aún no es un pensamiento lógico, según Piaget las operaciones lógicas no las adquiere el niño hasta los seis o siete años.

El pensamiento preoperacional es definido por cuatro aspectos: la centración, tendencia a concentrarse en una cosa e ignorar el resto; se quedan en las apariencias; su razonamiento es estático; son egocéntricos; y la irreversibilidad de las acciones y las cosas.

Vygotsky veía a los niños como aprendices, fijándose más en sus habilidades y en acompañarles en el desarrollo de las mismas, destacando la importancia que el aspecto social y cultural tienen al respecto. Vygotsky señalaba la curiosidad y observación intrínseca de los niños como lo que marca su continuo deseo y búsqueda de comprender su mundo. Así consideraba que existe una zona de desarrollo próximo, que marca el potencial que el niño posee y que, con la ayuda de los otros como auxiliares, puede avanzar en su aprendizaje.

Ambos autores resaltan que los niños tratan de conocer el mundo de forma activa, y que el lenguaje permite el pensamiento simbólico facilitando una mayor comprensión intelectual (Berger, 2007).

Otra teoría que tiene mucho peso en esta etapa es la teoría de la mente que se contrapone al egocentrismo que marcaba Piaget, ya que la capacidad de comprender el modo en que los demás piensan, empieza entre los tres y los seis años de edad, donde los niños comienzan a entender que no siempre lo que se piensa se refleja en la realidad, gracias a la maduración de la corteza prefrontal y al desarrollo del lenguaje.

El lenguaje es por tanto primordial en la primera infancia para la cognición, se considera el mayor logro cognitivo de esta etapa. Además es un período sensible para adquirir muchas habilidades lingüísticas, aprendiéndose, más fácil y rápidamente, la gramática, el vocabulario y la



pronunciación. También destaca por el deseo de la socialización de los niños por comunicarse, ya que no se inhiben a la hora de equivocarse y practican continuamente hablando con adultos, entre sí, consigo mismos e incluso a sus juguetes. Ya con 24 meses los niños realizan oraciones cortas con su limitado vocabulario, con un promedio de 500 palabras, y a los 6 años cuentan con un amplio vocabulario, más de 10.000 palabras (Berger, 2007).

### **3.1.3. El desarrollo psicosocial**

Según Parke y Clarke-Stewart (2011) las emociones se componen de sentimientos, cogniciones, cambios fisiológicos, expresiones y propósitos. Suelen estar causadas por un evento de importancia o una persona.

La parte del encéfalo encargada de la expresión y la regulación de las emociones es el sistema límbico, que se compone de la amígdala, la cual se desarrolla durante la primera infancia; el hipocampo, procesador central de la memoria, que durante la etapa infantil produce recuerdos débiles al estar madurando; y el hipotálamo que responde a las señales de la amígdala y el hipocampo. Estas tres estructuras a su vez se comunican con la corteza prefrontal.

El desarrollo socioemocional se va produciendo a medida que se van generando los primeros vínculos sociales en los contextos que acompañan al niño, comenzando con las figuras primordiales de los padres, otros familiares, y a medida que van creciendo, los amigos o niños de su edad o algo más mayores. Los padres sensibles acompañan al niño a reconocer y expresar sus emociones (Berger, 2007).

Conforme Parke y Clarke-Stewart (2011) las emociones pueden dividirse en emociones primarias y secundarias. Las emociones primarias son aquellas que están presentes al nacer o que surgen durante el primer año de vida, y que se dividen en emociones positivas y negativas. Se consideran emociones positivas la alegría, el interés y la sorpresa. Las emociones negativas son el asco, el enfado, la tristeza y el miedo. Las emociones secundarias aparecen a partir de los dos años de edad, como la empatía, el orgullo, la culpa, la vergüenza y la envidia. Entre los dos y los seis años va aumentando la regulación de las emociones, los niños van siendo más conscientes de sus emociones pudiendo diferenciarlas, van adquiriendo

mayor control sobre sus impulsos, demorando la gratificación y lidiando con la frustración gracias a la corteza prefrontal.

Vygotsky (2007) recoge como los psicólogos avisan que todo sentimiento además de su manifestación externa y corpórea, tiene una expresión interna a través de los pensamientos y las imágenes, que afecta a los procesos cognitivos, perceptivos y sociales.

### **3.2. Las teorías psicoanalíticas en la constitución del sujeto**

La psicología del desarrollo considera que la maduración de nuevas capacidades (...) y su reorganización, es el tema de estudio adecuado en los cambios evolutivos. Para acrecentar la utilidad clínica y mejorar la descripción subjetiva, el psicoanálisis tiene que dar un nuevo paso y definir las reorganizaciones progresivas en función de más amplios principios organizadores del desarrollo, o en función de la vida mental. (Stern, 1996, p. 35).

Según Stern (1996) el psicoanálisis define la evolución del sujeto en base a principios, por ejemplo, como los de Freud que realiza una reorganización secuencial de la pulsión o Erikson y su organización secuencial de las estructuras del yo y el carácter. Las teorías psicoanalíticas del desarrollo comparten que el progreso se produce de una fase a la siguiente, y que cada fase no es sólo una etapa específica del desarrollo, sino que también lo es del comienzo de patologías clínicas. Por lo que las etapas de las teorías psicoanalíticas no sólo se refieren al desarrollo evolutivo, sino también a fijaciones, a puntos de origen de patologías. Los psicoanalistas, como teóricos del desarrollo, trabajan retrocediendo en el tiempo, es decir, de manera retrospectiva, para ayudar a entender la raíz de la psicopatología.

Se puede concluir que la perspectiva psicoanalítica reorganiza la evolución progresiva por etapas del desarrollo y por problemáticas clínicas.

#### **3.2.1. Teoría psicosexual**

Freud, inventor del psicoanálisis, consideraba la infancia como una etapa fundamental para la constitución del ser humano maduro. En su teoría psicosexual (1905) destacó cinco estadios, que parten de la pulsión sexual del niño. Freud (1915) define la pulsión como fuerza constante de origen interno cuya meta es la satisfacción a través de un objeto que le sirve de

mediación y que deberá ser cortado por el proveedor o cuidador del niño. Los lugares de satisfacción de la pulsión se ubican en los diferentes “agujeros” del cuerpo; Freud destaca tres: boca, ano y genital; Lacan (1962-63) añade dos más: ojo y voz-oído. La pulsión para Lacan surgiría del encuentro en el ser hablante del instinto animal y el hecho de que tenga que demandar su satisfacción a través del lenguaje.

La pulsión, como energía que incita al movimiento, comienza con la excitación interna de un órgano que produce incomodidad en el sujeto, quien buscará la satisfacción para eliminar dicha incomodidad. La satisfacción la alcanza a través de la descarga de la energía en un objeto.

Los cinco estadios de la teoría psicosexual son: del nacimiento al primer año y medio de vida, la etapa oral, la gratificación se consigue a través de la boca; del año y medio a los 3 años, es la etapa anal, gratificación a través de evacuar o retener por el ano, siendo la edad donde el niño comienza a poder controlar sus esfínteres sin tener que responder inmediatamente a la necesidad o a la respuesta instintiva; de los 3 a los 6 años es la etapa fálica, relacionada con preponderancia de la zona genital (pene o clítoris); de los 6 años a la pubertad, se conoce como etapa de latencia; y por último en la pubertad, la etapa genital.

A la pulsión sexual, también se la conoce como libido o pulsión de vida (Eros), energía limitada que está detrás de todas nuestras experiencias positivas y de crecimiento. Su opuesto, es la pulsión de muerte (Thanatos) (DiTomasso, 2011).

Si las necesidades y conflictos que aparecen durante el desarrollo del niño se van resolviendo, no se producirán estancamientos en una etapa, suceso que se denomina fijación, o retorno a una etapa anterior, conocido como regresión, que cortan la movilidad dinámica de la energía y el que la persona se desarrolle de forma madura. Por lo tanto, como se desarrollaba anteriormente, las etapas del desarrollo de Freud no sólo se refieren a etapas del desarrollo de las pulsiones sino a puntos de origen de las patologías. (DiTomasso, 2011). La manera en que se resuelven y viven estos conflictos, marcará la personalidad y patrones conductuales en la vida (Berger, 2007).

### 3.2.2. Teoría psicosocial

Erikson (1950) propuso ocho etapas evolutivas, que conforman su teoría psicosocial, caracterizadas por crisis del desarrollo propias de cada edad y que han de ser resueltas para tener un sano crecimiento. Para este trabajo se mencionan sólo tres de estas etapas.

La primera crisis, desde el nacimiento al primer año, es la de confianza versus desconfianza. El bebé va descubriendo que el mundo es un lugar seguro, donde se puede confiar si quienes se ocupan de él cubren sus necesidades básicas de afecto, aseo y alimentación. Si no es así, desconfiará, se sentirá inseguro y en su crecimiento le costará explorar el mundo social con confianza en el entorno.

Muy ligada está la teoría del apego de Mary Ainsworth (1973), que estudió el vínculo afectivo que había entre el cuidador primario, el cual vendría a ser la madre, entendiéndose madre como un rol, quien se encarga de cubrir esas funciones, y su hijo, mediante la observación de sus conductas en el entorno de sus casas y ante la presencia de un extraño. Partió de la teoría del apego de John Bowlby (1983) que habla de la relación biológica que el bebé establece con su madre y que marca el resto de relaciones sociales en su ciclo vital, siendo esa figura materna el primer referente de socialización.

La segunda crisis es la de autonomía versus vergüenza y duda, del primer año a los tres años. La autoestima va surgiendo a medida que el infante va adquiriendo las habilidades motoras y cognitivas, apareciendo su iniciativa y autonomía, donde los niños van teniendo cada vez más control sobre sí mismos al controlar sus esfínteres, su alimentación, poder hablar, caminar y explorar el entorno. Ir adquiriendo este control hace que se sientan orgullosos de sus hazañas y de quienes son (autoconcepto), que consideren todas sus cualidades como buenas, por ejemplo estar orgullosos de ser niños o niñas.

La tercera crisis es la de iniciativa versus culpa, de los tres a los seis años, donde los niños buscan emprender actividades que observan en los adultos, pero al realizar iniciativas se van encontrando con normas sociales, morales y límites que les hacen fracasar y sentir culpa. Cuando se sienten

orgullos les hace desear que los otros les admiren, sean el centro de las atenciones y los halagos.

Cada estadio está relacionado con los demás, todos dependen de un adecuado desarrollo secuencial. Cada uno avanza, encuentra su crisis y su solución en la edad indicada, pero todos existen desde el comienzo de manera integrada. La progresión temporal y su intensidad depende del individuo y su cultura, acelerando o retrasando el progreso y afectando a todos los estadios (Erikson, 1950).

### **3.2.3. Lo imaginario, lo simbólico y lo real**

El sujeto, de acuerdo con Lacan, se constituye entre lenguaje e imagen. Nacemos en un mundo lleno de lenguaje y las imágenes toman valor lingüístico también. Lacan (2005) hace la distinción entre tres registros que conforman la realidad humana: real, simbólico e imaginario.

El registro imaginario se establece a través del estadio del espejo ante la transformación que se produce en el niño entre los seis y los dieciocho meses, al identificarse con una imagen (Lacan, 2000). Esta forma imaginaria, con la que se identifica, se designa como 'yo-ideal', previa a la dialéctica de la identificación con el otro. Según Lacan (2000), la consistencia que el yo adquiere a través de la identificación imaginaria está basada en una ilusión, que es fuente de desconocimiento primordial. Lacan indica que esto es necesario porque de lo contrario nos desfragmentaríamos. Él considera que nacemos prematuros, inacabados a nivel anatómico, lo que lleva al individuo a una anticipación de la "ilusión de la identificación espacial" (p. 90), haciendo que, de una vivencia angustiosa de fragmentación corporal se conforme una identidad imaginaria con apariencia de unidad. Esta ilusión "va a marcar con su estructura rígida todo su desarrollo mental" (p.90).

Según Marugán (2015a), el infante se identifica con imágenes que le refleja la mirada materna, la cual no se refiere ni a la madre ni a una única persona, sino a quienes identifiquen, interpreten y satisfagan sus necesidades. La relación imaginaria es dual y reversible e inestable, cambiándose las imágenes a medida que se va creciendo.

El registro imaginario es fuente de narcisismo. El sujeto queda libidinalmente enamorado de sí mismo. También es fuente de agresividad y

rivalidad por producirse confusión de límites entre el otro y yo, por la envidia ante el otro de la imagen que siempre es mejor. Lacan dice que el “Otro” con mayúscula, haría la función del espejo. Ese Otro prototípico es el rol de quien cubre la función materna, quien da la primera consistencia a la forma, a su ser corporal (Marugán, 2009), aunque se hable de “imagen” y “espejo”, no quiere decir que se refiera exclusivamente a lo visual.

El registro simbólico aparece ante la falta y el deseo del Otro que no puede estar permanentemente en presencia del infante. Conlleva que ante la frustración que esto produce, el bebé busque sustituciones simbólicas. Lacan denominó a este proceso “identidad simbólica” porque el bebé busca identificarse con símbolos que se sustentan en el lenguaje. Por su parte, Freud, lo llamó “castración”, ya que produce un corte con la identificación exclusiva con la imagen narcisista de la mirada materna, mediante el enigma y la pregunta de ‘¿quién soy?’. Ya la imagen no es suficiente, el ser se vuelve deseante, lo que le permite establecer vínculos con los que identificarse, ya que el Otro y el yo, comparten símbolos. Lo simbólico establece las diferencias y se buscan respuestas a través del intercambio lingüístico. Para que haya intercambio, el niño ha de ser activo, no sólo receptor pasivo (Marugán, 2009).

Lapierre y Aucouturier (1980), explican:

Es, pues, la pérdida de la fusión corporal, la pérdida del cuerpo del Otro como complementariedad de su carencia lo que permitirá el acceso a lo simbólico y en particular el acceso al lenguaje. El lenguaje nace a partir de la ruptura que establece un “silencio” en la relación corporal con la madre, con el otro. Nace de la ausencia. Pero esa pérdida, esa frustración sólo es soportable y estructurante si está compensada por el nacimiento de un espacio fusional sustitutivo. (p.32).

La identificación simbólica constituye al sujeto, *Yo puedo afirmar lo que yo soy en la medida en que digo lo que no soy*, y es donde se apoya lo imaginario, no se establece nunca completamente. Las primeras identificaciones simbólicas se realizan a través de lo que Lacan denomina, “metáfora paterna”. Para Freud el padre es “el que tiene”. La función paterna, es la internalización de las normas y la identificación con la ley, con la cultura de la que el sujeto forma parte. Así el niño atrapado en una identificación imaginaria, asumirá también como factores identificatorios los significantes

marcados por sus padres, quienes al nacer le ponen un nombre, le dan un lugar a través del lenguaje, marcando su identidad (Marugán, 2009). Esta sustitución lleva la pérdida del objeto real, los objetos dejan de ser y se convierten en símbolos.

La relación simbólica es triangular, está el uno, el otro y el mediador, la referencia cultural común. De esta manera, en arteterapia, se convierte también la obra artística en un símbolo transformando a los seres que se han vinculado a través de ella. Como símbolo la obra tiene un valor puntual, no es igual en un momento que en otro. La relación simbólica desvitaliza y conserva las cosas (Marugán, 2015b).

El registro real (Lacan, 1974-75) es lo imposible, aquello que escapa a la significación, que está fuera del orden simbólico e imaginario. En la experiencia de la realidad humana es un choque con algo, es decir, que lo real se manifiesta como inesperado, como trauma, como un impacto que destituye al sujeto. Lacan indica la necesidad de que estén los tres registros anudados a través de un encadenamiento borroméo, es decir, que si uno se suelta se sueltan los tres.

#### **3.2.4. Las pulsiones parciales del infante y sus objetos**

Lapierre y Aucouturier (1980) explican como las sensaciones se pueden clasificar en propioceptivas (percepción del propio cuerpo) y exteroceptivas (percepción del mundo), aunque a nivel fisiológico todas ellas son percibidas desde el propio cuerpo. El infante nace prematuro a nivel funcional. En sus primeros meses de vida tiene variedad de pulsiones parciales dispersas por el organismo, que dan lugar a un cuerpo fragmentado, donde cada pulsión busca su satisfacción autónoma. Esta satisfacción no puede ser cubierta por el niño, sino que necesita de objetos externos. Para obtener estos objetos adecuadamente depende de una persona que cuide de él y cubra estas necesidades (Marugán, 2009; Marugán, 2015a). De esta forma el bebé no percibe una imagen global de sí mismo, ni de los objetos, ni del cuerpo del otro, ni distingue lo interno de lo externo. El infante sólo se siente completo, desde la unión con la persona que le cuida, que satisface sus necesidades, ya que le hace revivir sus

experiencias intrauterinas, donde no podía percibir los límites entre el interior y el exterior, entre el yo y el no yo (Lapierre y Aucouturier, 1980).

El diálogo corporal tónico entre el bebé y su cuidador, permite al bebé ir generando en base a sus experiencias motrices y táctiles una imagen conjunta de su yo corporal: sus objetos parciales son unidos por el objeto total de la madre, que generará emociones de amor u odio en función de sus necesidades se vean cubiertas o no. Si no se ven cubiertas dan lugar a sensaciones de angustia y pérdida, pues vive las ausencias temporales como permanentes, cuando estas suceden. Aparece así la falta, la necesidad del cuerpo del otro como complementariedad a su carencia, el sujeto para intentar cubrir esa falta irá tomando formas simbólicas (Lapierre y Aucouturier, 1980).

Las pulsiones parciales se manifiestan a través de ‘agujeros’, es decir, zonas erógenas localizadas en el cuerpo que comunican el interior con el exterior, y que marca la función materna. Ante el malestar que producen estas excitaciones, el bebé busca lograr su satisfacción. Según Marugán (2015a) se pueden asignar las distintas pulsiones parciales a partir de las cinco tareas esenciales que se asignan a la función materna: alimentar, asear, mirar, hablar y acariciar. De esta manera queda cada tarea enmarcada por una pulsión, una zona ‘erógena’ (boca, ano y uretra, ojo, oído y órganos de fonación, los receptores senso-motores de la piel y la musculatura y los genitales) y el objeto que permita su satisfacción<sup>1</sup> (pecho, heces, mirada, voz y dolor), clave en la formación del yo psíquico. Se vuelve a hacer hincapié en que esta diferenciación no concluye fases evolutivas fijas en el infante, pudiendo predominar más unas u otras según el momento (Marugán, 2015a).

### **3.3. La Arteterapia y el arte infantil**

#### **3.3.1. Historia de la Arteterapia y el arte infantil**

La historia de la arteterapia ha estado marcada por diversidad de orígenes, muy vinculada al área de la salud y la psicología. Desde el marqués de Sade, en el siglo XIX, promoviendo un tipo de expresión que facilitara salir a los enfermos de su *estado de alienación*, numerosos psiquiatras recomendaban el ejercicio del arte a los enfermos para evadirse y a su vez

---

<sup>1</sup> En Anexo I se encuentra la tabla con sus correspondencias.



comenzaba a aparecer la terapia ocupacional (López Fernández Cao, 2012). A finales de este siglo gran variedad de artistas, en búsqueda de nuevas formas creativas, comienzan a mostrar interés por el trabajo artístico de los niños. Asimismo las ciencias empezaron a estudiar más la infancia, especialmente la psicología evolutiva considerando esta etapa como trascendental para el desarrollo humano (Machón, s/f).

También los artistas comienzan a interesarse por el arte de los enfermos mentales, a comienzos del siglo XX, y los pedagogos innovadores impulsan la expresión creadora de los niños como Decroly, Freinet, Montessori o Rudolf Steiner, mediante métodos de pedagogía activa (López Fernández Cao, 2012). Machón (s/f), indica como Ellen Key, escritora y pedagoga sueca, proclamó este siglo como “el siglo del niño”, y como a lo largo de la primera mitad del siglo XX, se pueden encontrar investigaciones sobre el dibujo infantil de variedad de investigadores, como Kerschensteiner, Lamprecht, Claparède o de Luquet. Las teorías de este último han influido en la mayoría de los estudios posteriores de investigadores como Piaget y Vygotsky, entre otros. Desde entonces, el estudio del dibujo y arte infantil no ha dejado de progresar, pudiendo encontrarse durante la segunda mitad del siglo XX, autores como Lowenfeld, Arno Stern, Kellog y Lurçat .

Por su parte, el psicoanálisis ha tenido un gran impacto y peso en el desarrollo temprano de la arteterapia, una de sus pioneras Margaret Naumburg, considerada la primera fundadora de la arteterapia americana, publicó en 1947 el estudio “Free Art Expression of Behaviour Disturbed Children as a Means of Diagnosis and Therapy”, a través del cual esperaba que educadores, padres y psiquiatras consideraran las producciones artísticas de los niños como una comunicación simbólica del inconsciente, muy relevante para su desarrollo. Edith Kramer, otra de sus pioneras, puso su foco en el arte como terapia, es decir, el potencial terapéutico del proceso creador y el mecanismo de defensa de la sublimación (López Fernández Cao, 2012; Vick, 2003).

En 1950 en Estados Unidos aparecen los primeros programas de estudio de arteterapia. En 1964 se crea la *Société Française de Psychopathologie de l'Expression* en Francia y la *British Association of Art Therapists* en Reino Unido. La *American Art Therapy Association* se funda en

1969. La arteterapia continua creciendo en la actualidad con investigaciones y de la mano de los profesionales que llevan a cabo esta disciplina (López Fernández Cao, 2012).

### **3.3.2. El arte infantil**

El arte es la forma de expresión en la infancia, los niños experimentan la vida a través de sus sentidos: oír, oler, ver, saborear, es el medio que les pone en contacto con el entorno y consigo mismos. A través de estas experiencias se va produciendo su desarrollo cognitivo, y se va estimulando su desarrollo perceptivo, emocional, social y creativo. La actividad psicomotriz antecede a la representación, y el dibujo a las palabras, como medio de expresión del niño (Cambier, 1999). No hace falta motivarles, pero sí acompañarles y proporcionarles una variedad de experiencias perceptivas, ya que los sentidos son parte fundamental en la experiencia plástica (Lowenfeld y Brittain, 2008).

Su arte es espontáneo y vivo, mostrando su impulso por explorar. A través de sus configuraciones artísticas, el adulto, puede observar cómo perciben, piensan y sienten su mundo y cómo interactúan con el medio físico. Todos los niños necesitan dibujar y pintar. El tiempo que dedican a esta actividad depende de cada niño, del momento del día y de otras circunstancias. Lo más importante es que el tiempo no debe marcar la duración de la actividad, sino el propio niño quien decida cuando termina la misma, para no limitar su expresividad (Lowenfeld y Brittain, 2008).

El trabajo creativo es propio de cada persona, perteneciente previamente a la imaginación del productor, que a través de su obra deja su huella. El signo sólo tiene significado en relación con el conjunto del que es parte, sólo se puede apreciar el trabajo desde el entendimiento del niño y su dibujo como parte de su vida, ya que describe su mundo, tal y como lo experimenta a través de sí mismo. Igual que no hay dos niños iguales, tampoco hay dos dibujos, ni siquiera aquellos que ha realizado el mismo niño (Lowenfeld y Brittain, 2008; Cambier, 1999)

Lowenfeld y Brittain (2008) señalan que los infantes dan valor al proceso más que al producto, pudiendo no reconocer sus propios dibujos o pinturas al día siguiente o incluso horas después.

### 3.3.3. Fases evolutivas en el arte infantil

Lowenfeld y Brittain (2008) recogen dos fases del dibujo y la creación artística en la educación infantil y señalan que el que unas secuencias se aceleren o retrasen en el tiempo, depende de la herencia y del ambiente de cada niño:

Aunque la expresión oral empieza en una fase vital temprana, el primer registro de un niño normalmente tiene la forma de un garabato a la edad aproximada de 18 meses. Es el comienzo de la expresión, que lleva no sólo al dibujo y a la pintura sino también a la palabra escrita. (p. 216).

A partir de los dos años rápidamente el garabateo se convierte en un medio de expresión, mediante el cual en todos los lugares del mundo los niños comienzan a expresarse.

La fase de garabateo va de los dos a los cuatro años. Los niños empiezan con trazos aleatorios en la hoja, que se van organizando y controlando a medida que el desarrollo motor y perceptivo va aumentando. Hasta los cuatro años no comienzan a realizar objetos reconocibles para el adulto. Su experiencia al comienzo es principalmente motora, obteniendo satisfacción de los movimientos cenestésicos. A medida que van adquiriendo mayor control visual, la satisfacción proviene de poder controlar los trazos. Los garabatos suelen seguir un orden, que Lowenfeld y Brittain recogen en tres categorías:

Los garabatos desordenados son las primeras marcas aleatorias que realiza el niño. Todavía no utiliza ni los dedos ni la muñeca para controlar el material y el tamaño de los movimientos es proporcional al del niño. Los garabatos no son intentos de representación literal del entorno visual, sino la autoexpresión emocional y del desarrollo fisiológico y psicológico del niño.

Los garabatos controlados ocurren cuando el niño descubre que sus movimientos y sus marcas van conectados, al adquirir mayor control visual y motor, alrededor de los 6-8 meses de que haya comenzado a garabatear. Ahora las líneas se van repitiendo, en sentido horizontal, vertical o en círculos. A partir de este momento pasan el doble de tiempo dibujando y probando colores nuevos. Todavía no sujetan el lápiz de una manera determinada, sino que siguen explorando y es alrededor de los tres años cuando lo comienzan a sostener como un adulto.

La nominación de los garabatos, es cuando los niños comienzan a poner nombre a sus creaciones. Pasan de la mentalidad cenestésica a la imaginativa, al conectar las marcas con el mundo que les rodea. La línea se convierte en el contorno de una figura. Ahora ya dibujan con intención, tienen una referencia visual.

Es importante que el adulto no intente interpretar los garabatos, sino escuchar y estar presente a lo que está pasando durante el proceso creativo. A veces mientras dibujan, los niños van describiendo lo que van haciendo. Dado que la mayor satisfacción la sacan del propio movimiento, el color ocupa un lugar secundario. Lo importante en esta edad es que el material, la marca, proporcione un gran contraste con el medio, recomendándose el uso de hojas blancas y lápices negros o de cartulinas negras y tizas blancas. (Lowenfeld y Brittain, 2008).

Durante la fase preesquemática, de los cuatro a los siete años. Los niños comienzan a intentar representar el entorno con el que tienen contacto y a las personas del mismo, suelen acompañar sus obras con explicaciones y narraciones de lo que están haciendo. La colocación de figuras es aleatoria a lo largo de la hoja, y su tamaño varía. La diferencia entre los niños de la fase preesquemática a la fase esquemática es que el dibujo y sus esquemas son cambiantes, variando la forma en que dibujan (Lowenfeld y Brittain, 2008). Finalmente, en base a las repeticiones y a experiencias emocionales, los esquemas se van fijando, influenciados por los modelos que les rodean, desde los dibujos, la televisión, los libros y los adultos u otros niños (Cambier, 1999).

La figura de la persona, es la primera imagen reconocible que realiza un niño. Suele realizarla con un círculo en la cabeza y las piernas con dos líneas verticales, esta representación de cabeza-pies es común en los niños de cinco años. Los niños se autorretratan, mostrando la visión que tienen de sí mismos. La cantidad de detalles en un dibujo es indicativo del desarrollo de la conciencia del niño del mundo.

El uso de unos colores u otros para objetos específicos en esta fase, es difícil de interpretar. Pudiendo utilizarlos el niño por el atractivo que tienen para él en ese momento o como señalan Lawler y Lawler, 1965 (como se citó en Lowenfeld y Brittain, 2008) en su investigación con niños de cuatro años,

observaron que estos elegían pinturas amarillas para colorear un dibujo alegre y marrón para contar una historia triste, es decir con una intención.

En relación al espacio en los dibujos, los niños lo conciben como lo que les rodea, girando entorno al yo, sin relaciones entre los objetos. Pueden contar y reconocer letras y palabras, pero sin comprender el contenido. No diferencian tampoco la izquierda, de la derecha, siendo algo que les confunde.

Los niños pequeños disfrutan expresándose y complaciendo a sus padres, sin inhibiciones a la hora de mostrar sus sentimientos y sin conocimientos de la técnica.

### **3.3.4. La arteterapia en la infancia**

*La Asociación Profesional Española de Arteterapeutas (ATE) define:*

La arteterapia es una profesión asistencial que utiliza la creación artística como herramienta para facilitar la expresión y resolución de emociones y conflictos emocionales o psicológicos. La arteterapia se practica en sesiones individuales o en pequeños grupos (2012).

Encontrar trabajos sobre esta disciplina en los primeros años de la infancia, especialmente en español, resulta difícil y con escasos hallazgos.

Los arteterapeutas deben tener conocimiento sobre las fases del crecimiento, los entornos del niño y los procesos artísticos para poder seguir su evolución. De esta manera facilitarán los materiales adecuados para sus necesidades. Por ejemplo, en la etapa de garabateo, los materiales deben proporcionar una libre expresión sin dificultades técnicas, ya que el niño necesita practicar y experimentar sensaciones cenestésicas, por lo que la acuarela no es lo más adecuado. En la fase preesquemática el niño busca representar sus sentimientos por lo que el control del material es fundamental (Lowenfeld y Brittain, 2008).

Tena Muñoz (2014) en su trabajo con bebés, considera que la práctica arteterapéutica se puede iniciar a partir de los 10 meses, ya que los niños pueden sentarse por sí solos, mantenerse de pie con apoyo y tienen fuerza suficiente para trazar, romper, amasar, rasgar, moldear, estampar y puntear. Sus objetivos son estimular su capacidad creativa y expresiva con el menor número de límites, facilitándoles variedad de materiales y herramientas,

promover su autonomía motora y en procesos continuados en el tiempo y desarrollar su autoconocimiento. De igual modo, Malchiodi, Kim y Choi (2003) señalan que los objetivos de la arteterapia desde el enfoque evolutivo son: la estimulación sensorial, la adquisición de habilidades mediante secuencias como sentarse en una mesa de trabajo, hacer contacto visual con el arteterapeuta, aprender a sujetar un pincel, aprender a mojar el pincel en el agua y en la pintura y aprender a usarlo en la hoja y adaptarse a los materiales y herramientas artísticas.

Las recomendaciones en la práctica de Tena Muñoz (2014) son: no realizar los trabajos después de las comidas, intentar que los bebés lleven el menor número de prendas posibles y que las que tengan sean cómodas para que puedan probar el material con su cuerpo, acompañar las sesiones con ritmos, canciones y música, que tengan una temporalidad de dos sesiones por semana y que se continúe la experiencia en casa. Además con niños tan pequeños hay que tener muchas precauciones, saber de antemano si padecen alguna alergia, y tanto si la padezcan como si no, proporcionar materiales que no sean tóxicos ante las altas probabilidades de que los ingieran al llevárselos a la boca. Igualmente sugiere que se utilicen materiales comestibles y que tengan propiedades pictóricas, como los colorantes alimenticios o la tinta de calamar.

Lowenfeld y Brittain (2008) recomiendan los siguientes materiales según las etapas del dibujo y la creación artística. Para la etapa del garabateo, el uso de ceras duras y la témpera espesa para satisfacer necesidades emocionales. Para la etapa preesquemática, los lápices pueden ofrecer que los niños dibujen con más detalle y la témpera espesa posibilita un mayor control en la tarea exploratoria. Hay que tener presente que la intención del niño al pintar no es la configuración de una imagen, sino la experimentación y el descubrimiento del entorno, de sus habilidades y de los materiales. También la arcilla es buena ya que permite la manipulación de un material tridimensional, el uso de músculos y dedos de manera diferente. Sobre el *collage* indican que su uso es beneficioso por proporcionar consciencia del color y la variedad de texturas e imágenes da la oportunidad de que los niños muestren sus preferencias.

También dentro de la arteterapia aparece continuamente el juego, ya que estos niños se encuentran en la etapa que más horas dedican a esta actividad, pues es su manera de conocer y relacionarse con el entorno.

### **3.4. El ámbito hospitalario**

#### **3.4.1. La hospitalización y la hemodiálisis en pacientes pediátricos**

María Román (2011) explica que la visión que tenemos actualmente del hospital infantil ha ido evolucionando, ya que antiguamente los hospitales eran lugares creados para curar las enfermedades físicas de las personas sin mirar otras características del proceso de curación o de la estancia de los enfermos, “El hospital se ha ido *humanizando*, hemos pasado de ser un centro dedicado científicamente a la salud a intentar que el niño se sienta como en casa” (p. 4). Se crean salas de juego en las plantas, se pintan de colores las unidades y los pasillos, y se crean programas para el desarrollo lúdico y emocional de los niños.

Los usuarios ingresados en un hospital se encuentran en una situación delicada tanto a nivel físico como emocional. Aguilera y Whetsell (2007), destacan como la hospitalización es el suceso que ocasiona más ansiedad en los niños, dado que su percepción de esta experiencia sobrepasa sus capacidades de afrontamiento y resolución dando lugar a estados de ansiedad. Estos estados pueden perdurar durante semanas o meses una vez finalizada la hospitalización. Por ello es importante, para el bienestar del menor, el sostén y eficiencia aportado por los médicos y enfermeras, así como el apoyo de la familia y los amigos (de Castro y Moreno-Jiménez, 2005).

La enfermedad renal crónica opta a diferentes tratamientos: hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante, resultando este último el de elección, por proporcionar mejor expectativas y calidad de vida. El trasplante de riñón se indica a partir de los 18 meses y pesando más de 8 kg, por la dificultad quirúrgica y el riesgo de trombosis (García Meseguer y Vila Santandreu, 2014).

El trasplante de órganos es el tratamiento más utilizado para enfermedades en fase terminal. De Castro y Moreno- Jiménez (2005) encontraron que las ventajas para los pacientes pediátricos, es que puede aumentarles el tiempo de supervivencia y una mejor calidad de vida. Los

inconvenientes son que no es una cura total sino un tratamiento que tiene sus riesgos y dificultades en relación a la enfermedad en sí misma o por complicaciones derivadas de la cirugía.

A raíz del trasplante las personas tienen que tener medicación de por vida, tomando inmunosupresores y medicamentos adicionales. La adherencia al tratamiento es fundamental para evitar riesgos.

La inmunosupresión, es la anulación del sistema inmunitario, encargado de proteger al organismo contra enfermedades e infecciones. El objetivo del tratamiento inmunosupresor es evitar el rechazo del injerto; pero lleva los riesgos de infecciones, retraso del crecimiento, neurotoxicidad, tumores, entre otros efectos secundarios (García Meseguer y Vila Santandreu, 2014). Por ello muchas veces se tiene que entrar a las habitaciones con mascarilla, bata y/o guantes.

El tratamiento de hemodiálisis está indicado para personas que se encuentran en la etapa final de su enfermedad renal y requieren tratamiento unas 3-4 veces por semana para mantener sus vidas. Las personas están conectadas a las máquinas, que eliminan artificialmente las sustancias nocivas o tóxicas de la sangre, funcionando como un riñón artificial. Cada tratamiento dura entre 3 y 5 horas. Además, los pacientes necesitan medicamentos variados y tienen dietas restrictivas (Nishida y Strobino, 2005).

### **3.4.2. Arteterapia médica**

Malchiodi creó el término “arteterapia médica” como medio de expresión para las personas que sufren una enfermedad o trauma físico, o para quienes se están sometiendo a un tratamiento quirúrgico o de quimioterapia.

Los niños, durante la primera infancia, cognitivamente y emocionalmente, por su inmadurez, no pueden comprender la enfermedad y la experiencia hospitalaria todavía, pero con el juego y la creación artística se pueden conocer sus vivencias (Martínez Díaz y Fernández López Cao, 2006).

La arteterapia se fomenta para los niños hospitalizados o con enfermedades crónicas mediante talleres como vehículo para su mejora global (social, física y personal). La realización de estos trabajos les permite: disminuir su desajuste emocional, trayendo orden al caos, canalizar sus



sentimientos, mejorar la comunicación y los vínculos sociales, potenciar las fortalezas, fomentar y desarrollar los mecanismos de afrontamiento y resiliencia, lidiar con el dolor que no alivia del todo la medicación, suscitar esperanza, importante para mantener objetivos y energías que den fuerza para enfrentarse a la situación y los distintos tratamientos, generar comunidad, producir sentimientos de maestría para enfrentarse a los problemas que van surgiendo y potenciar el autocuidado, decorando las habitaciones con creaciones propias, que a la vez el mostrar sus obras a todos aquellos que vayan a verles puede producir sentimientos de orgullo, aceptación y seguridad (Martínez Díaz, 2012; Council, 2012).

Igualmente, tiene ventajas para quienes están pasando por un tratamiento de hemodiálisis, porque las sesiones pueden producirse en el espacio de tiempo (3-4 horas) que duran conectados a las máquinas, llenando su tiempo de espera y ofreciendo un uso significativo del mismo (Nischida y Strobino, 2005).

En el ambiente médico también es importante entender cómo los niños de distintas edades piensan sobre sus cuerpos y el concepto de la muerte, para poder asegurarles y explicarles de manera verbal y acompañados por el dibujo, los procesos por los que están pasando, eliminar cualquier malentendido y mitigar sus miedos. El señalar en un dibujo corporal las partes de su cuerpo, también ayuda al terapeuta a entender la percepción del niño sobre sí mismo y la situación. La mayoría de los niños en edad infantil creen que la muerte es reversible. Por lo que les preocupa más el hecho de ser abandonados que morir. Asimismo, muchas veces tienen miedo del dolor físico (Council, 2012).

Sanjuan (2011) presenta un proyecto que une el arte y el hospital a través de talleres impartidos por artistas y recalca la importancia de la reunión entre los profesionales médicos y los artistas para la preparación de los talleres.

Por último, Council (2012) señala que la higiene es algo fundamental en la arteterapia médica. Limpiar las mesas, los pinceles y herramientas compartidos con fuertes desinfectantes es una medida importante de protección. Traer materiales del exterior, de la naturaleza, al hospital, no está recomendado. En las ocasiones donde el sistema inmunológico de los

pacientes está comprometido, los materiales artísticos deben estar restringidos. Y cuando los pacientes están en aislamiento porque pueden tener una infección, que puede ser peligrosa para otros pacientes, todos los visitantes deben usar batas, guantes y mascarillas desechables. En estos casos los materiales utilizados por estos niños no pueden ser usados por otros pacientes a menos que se limpien con desinfectante. Aún así y si es posible, es mejor que estos pacientes se queden con todos los materiales que se meten en la habitación.

#### **4. MÉTODO**

La metodología es la herramienta que acompaña a la investigación. Toda investigación se encuadra en una manera de mirar, de concebir y entender la realidad en función de un paradigma. El paradigma interpretativista considera que la realidad es una construcción social subjetiva, donde cada individuo tiene la suya propia, y por lo tanto, la realidad no es absoluta sino que hay múltiples realidades, según cada caso. Además afirma que existe relación entre el investigador y el investigado, el investigador influye en aquello que estudia y a la inversa, por lo que los valores del investigador, forman también parte de la realidad que se estudia. El investigador trata de encontrar sentido al trabajo que está realizando, dentro de sus posibilidades y limitaciones cognoscitivas, y cómo la representación de las cosas está mediada por su observación y manera de representarlas (Cuadrado, 2013). La metodología asociada a este paradigma es la cualitativa.

La metodología cualitativa es aquella que desarrolla la investigación a través de datos descriptivos, es decir, la conducta observada, las obras realizadas y las palabras o expresiones dichas. Se elige este modo de trabajo por, como señalan Ray y Rist, 1977, en Taylor y Bogdan (1987), su valor inductivo, partiendo previamente de los datos, de la observación con interrogantes ligeramente planteados, la mirada holística de las personas, la interacción de los investigadores en el entorno natural y de manera no intrusiva, el intentar comprender a las personas desde como experimentan su realidad y la flexibilidad en el uso de técnicas.

El objetivo de este trabajo es reflexionar ampliamente sobre la función de la arteterapia a lo largo del tratamiento de hemodiálisis en el hospital pediátrico durante la etapa de la primera infancia, con el fin de adquirir un mayor entendimiento de los niños y mejorar la intervención desarrollada en esta edad, y a su vez poder dar más información a otros arteterapeutas. No se pretende generalizar ni establecer relaciones causales, sino describir.

Para ello este trabajo utiliza la experiencia directa de la arteterapeuta, apoyándose en el análisis de casos para reflexionar sobre las preguntas y objetivos planteados.

#### **4.1. Estudio de casos**

##### **4.1.1. Definición**

Según Stake (2010) el estudio de casos se define como un modo de investigación orientado a la complejidad y particularidad de un caso. Se estudia un caso porque interesa comprender las características que lo hacen único y común, y despierta interés por sí mismo.

El trabajo de campo se ha desarrollado en el Hospital Universitario La Paz de la Comunidad de Madrid. Los criterios de selección de los casos han surgido del interés intrínseco por profundizar en la primera infancia y por comprender a los dos niños con los que se ha trabajado durante siete meses.

##### **4.1.2. Casos**

**Nube** es una niña de tres años, nació en una ciudad de España, desde la que viene todas las semanas para las sesiones de hemodiálisis, dado que su caso tiene una serie de características específicas que hacen de este hospital el único sitio donde poder tratarlo. A los cuatro meses de nacer, fue ingresada en el hospital de su ciudad natal, de la cual los padres tienen muy mal recuerdo, porque consideran que los médicos no actuaron correctamente al no saber qué hacer y no derivarla antes.

Nube nació con el síndrome nefrótico congénito tipo finlandés, una enfermedad rara que sólo padecen 6 personas en España (Martín, 2016), este síndrome es hereditario, es decir que se transmite de padres a hijos. Ocasiona frecuentemente infección, desnutrición o insuficiencia renal. Los riñones no cumplen su función adecuada de filtración, eliminando los

residuos y quedándose con los nutrientes y vitaminas, sino que directamente expulsan todo, por ello Nube necesita una dieta hipercalórica y cuenta con una vía enteral de alimentación, y el tratamiento de hemodiálisis para realizar el trabajo que los riñones no pueden.

Nube acude a la escuela infantil los lunes por la mañana, de martes a sábado está en Madrid, la acompaña siempre su madre, las semanas que el trabajo se lo permite también está su padre, y cuentan con el apoyo del resto de la familia, siendo las abuelas o la tía, muchas veces quienes también se desplazan. Es hija única.

Por causas de la edad y la enfermedad no es recomendable que se la haga el trasplante por el momento, teniendo que esperar por lo menos un año, en cuyo caso la donante sería su madre, aunque lo más probable es que tengan que esperar hasta que cumpla entre siete y ocho años por las características de los riñones y las venas que los rodean. Durante este periodo de tiempo Nube seguirá con su tratamiento de hemodiálisis y con su respectiva medicación.

Sus padres son jóvenes. Su madre es una persona alegre, positiva, cercana, creativa, es maestra de infantil, por lo que las letras, el dibujo, las canciones o los juegos están siempre presentes. Además estudió el bachillerato de artes en el instituto, y las pinturas y las manualidades son una constante en su vida, y por tanto en la de Nube. Se muestra muy abierta a las intervenciones. Su padre es una persona alegre, que muestra su cariño por los niños, siempre bromeando con ellos en la habitación, cercano con los demás familiares. Son una familia muy unida, tienen mucho apoyo por parte de los abuelos, los tíos y las tías. Además se implican mucho en la asociación de la que forman parte y que les ayuda.

**Zan** es un niño de cinco años, nació en un país de Centroamérica, debido al diagnóstico de una insuficiencia renal a los pocos meses de nacer sus padres se mudaron a España para tratar el caso. Actualmente se desplazan todas las semanas a las sesiones de hemodiálisis desde la ciudad en la que viven.

Una vez en España Zan fue trasplantado, siendo su madre la donante. Sin embargo, rechazó el trasplante, esta circunstancia ha generado

sentimientos de culpabilidad en la madre. Actualmente se encuentran en espera de poder realizarle un segundo trasplante. Durante la mayor parte de los meses que duró la intervención en arteterapia, los médicos le habían indicado a su madre que tendrían que esperar unos años, porque los anticuerpos de Zan eran muy bajos, sin embargo durante la sesión de cierre, recibieron la noticia de que los anticuerpos estaban altos lo que indicaba que podrían intervenirle a lo largo de este año.

Zan tiene una hermana de 8 años, a la cual la situación de su hermano la está resultando difícil, pelean mucho, aunque con el tiempo parece que va mejorando. La familia ha decidido mudarse de manera definitiva a España, por la situación de Zan y su tratamiento. Estos últimos meses la hermana de su madre ha venido, junto a sus hijos, a apoyar a la familia. La madre de Zan suele acudir a las sesiones de hemodiálisis entre semana, y los fines de semana viene su tía. Ambas no suelen pasar largos períodos en la sala, prefiriendo salir a descansar mientras Zan juega. El padre de Zan acude pocas veces. Actualmente los padres se encuentran en trámites de divorcio.

Zan es un niño alegre, muy espontáneo, demandante, se frustra fácilmente y busca de manera continua la atención de las personas de su entorno, le gusta mucho bailar y cantar.

#### **4.1.3. Triangulación**

Las observaciones y las interpretaciones realizadas se han validado mediante la triangulación de los datos a través de la teoría, el uso de diferentes técnicas de recolección de datos y la triangulación mediante entrevista semiestructurada a una arteterapeuta con la que se trabajó en coterapia a lo largo de las sesiones<sup>2</sup>.

#### **4.1.4. Técnicas de recolección de datos**

##### **4.1.4.1. Observación**

Para registrar el ambiente y poder realizar una descripción detallada que facilite el análisis y el informe final. El tipo de observación llevada a cabo en este trabajo ha sido directa y participante, ya que se ha desarrollado en un

---

<sup>2</sup> La entrevista y el resultado de la triangulación puede verse en el ANEXO II.

ambiente terapéutico, y esta era la principal prioridad. La interacción con los niños, personal médico y familiares ha sido continua.

La recogida de los datos se realizaba una vez finalizada la sesión.

#### **4.1.4.2. Diario de campo**

Incluye notas y registros a modo narrativo-descriptivo para recoger la información diaria, con anotaciones de las observaciones, ideas, conversaciones y reflexiones mantenidas a lo largo de las sesiones.

#### **4.1.4.3. Entrevista: Conversaciones informales**

También se han recogido datos a través de conversaciones espontáneas con los familiares y con varias de las enfermeras, dado que no todos los días estaban los mismos profesionales, habiendo tres grupos diferentes de enfermeras que iban rotando por semanas. Los datos se recogían posteriormente a la finalización de las sesiones.

#### **4.1.4.4. Registro fotográfico**

La arteterapia es un espacio donde se desarrolla una relación triangular, entre arteterapeuta, participante y obra. Por ello, las obras son un aspecto fundamental del trabajo. Se han ido recogiendo fotográficamente las obras y momentos del proceso para hacer un seguimiento de los casos y como material registrado para la investigación.

#### **4.1.5. Análisis de interpretación**

Stake (2010) señala la figura del intérprete, observando el proceso de los casos, recogiendo con objetividad lo que se va desarrollando y, al mismo tiempo, analizando su significado para reorientar la observación y profundizar en esos significados. De tal manera que el investigador va reajustando los objetivos de su investigación. Para que esta interpretación sea fundamentada, aún sin buscar generalizaciones, transformando las observaciones en asertos, se unen la experiencia personal, el estudio y las afirmaciones de otros investigadores. De esta manera se busca comprender de forma empática aquello que se va desarrollando a lo largo de las sesiones y del trabajo con los niños y las familias, desde lo propio, la unicidad de cada niño y su entorno. Se ha realizado con mayor peso una interpretación directa de los casos individuales para comprender mejor los casos en relación a las preguntas de investigación y a la propuesta de intervención.

## **4.2. Cuestiones éticas**

Para el desarrollo y análisis de esta investigación se informa a la tutora profesional del hospital sobre la misma, quien da su consentimiento verbal. Con respecto a las familias se les describe el tema del trabajo, los objetivos y la información que se va a recoger. Así como la protección de datos, la posibilidad de dejar el estudio en cualquier momento y el poder acceder al trabajo una vez finalizado. Se les entrega un documento para que declaren el consentimiento informado.

## **5. PROPUESTA**

### **5.1. Diseño**

Se propone una intervención grupal de siete meses, conducida por dos arteterapeutas, muy enfocada en el trabajo individual por la disposición de la sala, la edad de los participantes, las características del tratamiento de hemodiálisis y el seguimiento de los participantes.

El tratamiento es de una sesión semanal con un grupo abierto, donde los únicos participantes presentes en todas las sesiones, un total de 19, son Zan y Nube. Ambos acuden cuatro días a la semana, siendo los sábados el único día del fin de semana y el que están las arteterapeutas, marcando también una diferenciación con el resto de la semana: fin de semana, descanso, en familia y de juego. El horario del taller es de 10 a 12 horas.

#### **5.1.1. Encuadre**

Se llevó a cabo el taller en la Sala de Hemodiálisis, situada en la segunda planta del Hospital Infantil, espacio repartido con cinco camas, más una cama en aislamiento, en una habitación contigua. Las arteterapeutas trabajan con los niños que se encuentren en estos dos espacios, por lo que trabajan de pie, de manera dinámica, moviéndose por la sala. Nunca se ha trabajado con más de cuatro niños a la vez. El que sea un espacio compartido favorece el trabajo en grupo, pero dadas también las características y necesidades de los niños con los que se ha trabajado, de la disposición de las camas y de las máquinas, la atención y el trabajo sigue siendo principalmente individual. Siempre hay dos arteterapeutas en la sala trabajando conjuntamente para garantizar una mejor intervención.

Los niños que están en esta sala están esperando a ser trasplantados por fallo renal. En muchas ocasiones les acompañan sus familiares, esto supone que haya sesiones donde también se trabaja con las familias. En otras ocasiones aprovechan la presencia de las arteterapeutas para salir a descansar. Asimismo, en la sala también se cuenta con la presencia de personal sanitario, tres grupos de tres enfermeras, que van rotando por semanas, y la visita puntual de algún médico. Las arteterapeutas mantienen un contacto directo con las enfermeras quienes tienen una relación diaria con las familias y los niños, y ofrecen información sobre aspectos importantes de cada caso y solucionan dudas.

Se trabajó con un total de 9 niños a lo largo de los siete meses de intervención. Al ser un grupo abierto, en función de los niños que acuden el sábado a tratamiento de hemodiálisis, hay movilidad de sus participantes.

	Género	Edad	Nº sesiones	Planta
1	Femenino	2-3	19	2
2	Masculino	4-5	19	2
3	Masculino	2	13	2
4	Masculino	4	4	2
5	Masculino	6	3	2
6	Femenino	17	1	2
7	Femenino	13	1	2
8	Femenino	12	5	2
9	Masculino	5	3	2

En la tabla se puede observar el orden de llegada de los participantes, y el número de sesiones de los talleres en los que formaron parte. Los dos niños al inicio de la tabla son los dos casos seleccionados, que además cumplieron años a lo largo de la intervención.

Los niños están sentados, con una mesa en la cama, en cuya superficie comen, juegan y crean. El modo de vinculación con los niños como grupo se realiza mediante la exposición de las obras, el juego, el reparto de materiales y la interacción de las arteterapeutas con todos ellos.

Las arteterapeutas llevan batas médicas fucsias, que las distinguen del resto de profesionales, y una bolsa donde llevan los materiales. Antes de comenzar el taller se lavan las manos adecuadamente y se aplican gel sanitizante, aplicación que repiten cada vez que se trabaja con otro niño, ya que la higiene es fundamental. También durante y al finalizar las sesiones se limpian y lavan los materiales y las mesas.



### **5.1.2. Materiales y técnicas<sup>3</sup>**

La actividad se realiza mediante el juego y el uso de materiales plásticos mixtos, utilizando tanto materiales artísticos como materiales médicos. Y las técnicas que se trabajan son el dibujo, el garabato mediante ceras y rotuladores, el modelado mediante la arcilla y la plastilina, la pintura con témperas y acuarelas, el collage con papel, goma eva, pegatinas y material del hospital, la música con canciones y ritmos, la fototerapia mediante la fotografía y construcciones con papel y arcilla.

Los niños no se pueden manchar en exceso, ni mojar, por ello el uso de pinturas como los témperas no es recomendado. Se recomienda en su lugar el uso de acuarelas. Aunque como indicaban Lowenfeld y Brittain (2008) en la etapa de garabateo, los materiales deben proporcionar una libre expresión sin dificultades técnicas, ya que el niño necesita practicar y experimentar sensaciones cenestésicas, por lo que la acuarela no es lo más adecuado. Por ello se ha trabajado con el uso de las témperas pero con muchísima precaución, y dando libertad a la vez que marcando límites.

### **5.1.3. Sesiones**

La planificación de las sesiones se va desarrollando en el día a día, en el trabajo semanal, con la información que se va recogiendo de cada taller, el diario de campo, las conversaciones con las familias y los profesionales del hospital. Se va profundizando en los objetivos, con las dudas que van surgiendo y que se van planteando en supervisión y mediante la lectura de trabajos previos en este ámbito y con estas edades.

La rutina que se sigue es:

- Recogida de información con las enfermeras, en caso de que haya niños nuevos y sobre los antiguos, cómo han pasado la semana.
- Saludo grupal e individual a los niños y familiares.
- Trabajo arteterapéutico y exposición de obras.
- Despedida grupal e individual a los niños y familiares.

La metodología de trabajo es no directiva, se trabaja siempre desde el acompañamiento, intentando ser lo menos guiado posible, dejando espacio a

---

<sup>3</sup> El uso de los materiales y las técnicas por sesión puede encontrarse en el ANEXO III.

lo que surja en base a lo que los niños van creando y proponiendo, trabajando desde la observación participante, la escucha activa, incluyendo en determinados momentos a los familiares y a otras personas en la sala. Se utiliza el juego espontáneo vinculado a la experiencia arteterapéutica para desarrollar sus habilidades motoras, perceptivas, sociales y del lenguaje. Con niños pequeños el movimiento también es algo fundamental, el trabajo con el cuerpo en el espacio, por ello se potencia la interacción y el acompañamiento puntual con canciones. El vínculo afectivo es fundamental, ya que es lo que permite que los participantes trabajen, se atrevan a explorar y a relacionarse, considerando a la arteterapeuta parte de su espacio de seguridad.

Al finalizar las sesiones, las dos arteterapeutas se reúnen para unir la información recogida, reflexionar y compartir las impresiones, para tener una visión más amplia del trabajo, sobre las necesidades detectadas, aspectos que han llamado la atención y la expresión y comportamiento de los niños.

Las etapas del proceso han sido tres:

ETAPAS	SESIONES
<b>PRIMERA ETAPA (Presentación)</b> Objetivos generales: - Crear vínculo y espacio de seguridad - Introducir la Arteterapia - Conocer a los participantes	1-4
<b>SEGUNDA ETAPA (El espacio seguro creador)</b> Objetivos generales: - Explorar materiales - Fortalecer las capacidades de expresión - Potenciar el espacio de libertad, autonomía y juego - Disminuir el malestar de la experiencia hospitalaria	5-15
<b>TERCERA ETAPA (El cierre)</b> Objetivos generales: - Cerrar el proceso de arteterapia - Propiciar espacios para la despedida y la expresión de emociones	16-19

## 5.2. Objetivos terapéuticos<sup>4</sup>

### 5.2.1. Objetivos terapéuticos generales

- Propiciar un espacio artístico terapéutico donde mejorar el estado general del niño, las relaciones y la estancia hospitalaria mediante el uso de materiales y juegos adaptados a su edad.

<sup>4</sup> Los objetivos por sesión pueden encontrarse en el ANEXO III.

- Presentar la actividad artística como medio para relacionarse sensorialmente, emocionalmente, socialmente y estéticamente.

### **5.2.2. Objetivos terapéuticos específicos**

- Estimular las capacidades motora, sensorial, perceptiva, atencional y del lenguaje.
- Favorecer la expresión y construcción del yo y su realidad.
- Potenciar un espacio de libertad, de exploración de los límites, de la autonomía y la sensación de control.
- Practicar la capacidad de adaptación a nuevas situaciones y resolución de problemas.
- Generar experiencias positivas dentro del espacio hospitalario promoviendo sentimientos positivos y de bienestar.
- Posibilitar la evasión de la realidad mediante actividades y estímulos gratos.
- Conocer las emociones básicas.
- Dar recursos para la expresión de pensamientos y emociones.
- Mejorar la calidad de vida familiar, dando herramientas.
- Fortalecer la socialización mediante el vínculo con el grupo y la familia.
- Originar espacios de expansión y de contención.
- Desarrollar la conciencia y el concepto de cuidado.
- Trabajar la frustración y la espera.
- Poner mirada positiva al cuerpo.
- Impulsar la toma de decisiones.

## **5.3. Desarrollo de la propuesta: Análisis de casos**

### **5.3.1. Valoración a nivel evolutivo**

Brevemente se pretenden analizar algunas características a nivel evolutivo de los casos de Zan y Nube.

Aunque en los talleres es difícil saber sobre el desarrollo específico de la motricidad gruesa, ya que todo el tiempo que se trata con los participantes estos están sentados o tumbados en la cama, se han podido ver videos, coincidir en otros momentos por el hospital y obtener esta información de las familias. Ambos encuentran mucho disfrute en las acciones que requieren

este tipo de motricidad, por un lado Zan es todo un bailarín, así en la sesión 11 de manera muy orgullosa enseña un video donde aparece bailando música latina, y su tía señala que el bailar bien lo ha sacado de ella. Por otro lado, Nube siempre que termina hemodiálisis sale corriendo, y con la familia van mucho al parque a jugar, Nube tiene un patinete que usa en cuanto hace buen tiempo. Y además, en algunas ocasiones se la ha podido ver ponerse de pie en la cama y pegar algún que otro salto, hasta que alguna enfermera, la familia o la arteterapeuta la ponían el límite por el riesgo de las vías. Que niños tan pequeños pasen tanto tiempo sentados no es lo común, cuando están en plena exploración del entorno, de los otros y de sí mismos, por ello, es positivo que muestren preferencias por estas actividades una vez que salen del hospital.

La motricidad fina es una de las habilidades que más se ejercitan en las sesiones de arteterapia a través del dibujo, la pintura y el uso y exploración de los materiales. Se puede observar que tanto Zan como Nube tiene una buena motricidad fina. Zan al comienzo se muestra más reticente con el uso de las tijeras pero a medida que van pasando las sesiones, va mostrando mayor seguridad: sujeta el tenedor cuando come, y la cera o el pincel cuando pinta como lo haría un adulto.



F.1 Construyendo una muralla (Sesión 9), F.2 Pintando con un pincel (Sesión 10) y F. 3 Recortando (Sesión 12).

Nube sorprende por su dominio en el uso de las tijeras, la autonomía para comer por ella misma y por cómo coge las ceras y los pinceles, colocándoselos entre el pulgar y el índice y apoyándolos en el dedo corazón. En la sesión 10, su madre comenta como la motricidad fina es algo que siempre la destacan en la escuela infantil y que ella lo ve natural por todo el tiempo que pasa sentada.



F. 4 Dibujando con rotulador (Sesión 9), F. 5 Destapando cera (Sesión 10), F. 6 Manejando pegamento (Sesión 11) y F. 7 Recortando (Sesión 19).

La impulsividad es una característica común en edades tempranas. Ambos muestran comportamientos y reacciones impulsivas, Nube lanza los materiales, Zan demanda y quiere las cosas inmediatamente, y si no se enfada. Por ello se trabaja con la frustración, y el control de los impulsos mediante la espera o materiales como el collage y la arcilla.

A nivel cognitivo, tienen un adecuado desarrollo del sí mismo, mostrando dominio de su cuerpo, se muestran seguros y confiados. Su interés está puesto en el medio y los objetos, realizando exploraciones intencionales, de los materiales que lleva la arteterapeuta o los de las enfermeras, por ejemplo.

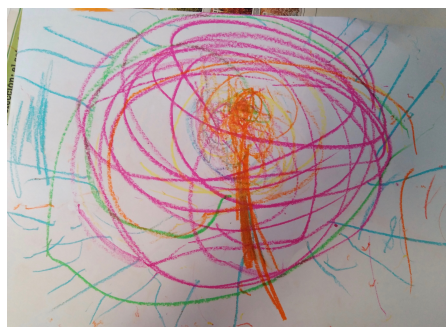
Siguiendo un recorrido desde la teoría de Piaget, ambos se encuentran en la fase preoperatoria, donde el mayor peso de su desarrollo cognitivo aparece en el pensamiento simbólico ya que utilizan el lenguaje, las imitaciones, el juego y el dibujo como manifestaciones simbólicas. Su comportamiento es mayoritariamente egocéntrico, sin embargo, la empatía y la curiosidad hacia el otro aparece a lo largo de las sesiones. A su vez, como indicaba Vygotsky, esta curiosidad hace que sean sujetos que se implican a la hora de conocer el mundo de forma activa, explorando materiales nuevos como el barro, la témpera sólida o la acuarela. Y a la vez preguntar cuando no entienden algo, como los continuos “¿Por qué?” de Nube.

A nivel lingüístico Nube tiene un lenguaje telegráfico, emitiendo frases cortas, nombrando los objetos, con su todavía limitado vocabulario. Usa mucho los nombres: “Nube”, “mamá”, “papá”, los nombres de sus familiares, las enfermeras y las arteterapeutas, así como el uso de pronombres, especialmente el “yo” y el “tú”. Por su parte Zan, habla de forma continua, poniendo en práctica todo el vocabulario del que dispone, ejercitando las

estructuras gramaticales con algunos fallos típicos de la edad y pronunciando adecuadamente, mostrando alguna dificultad ante las letras “c” y “r”.

El desarrollo emocional. Zan y Nube van aumentando la regulación de sus emociones, Zan es capaz de expresar como se siente, mientras que Nube necesita mayor acompañamiento. A lo largo de las sesiones se puede observar siempre la alegría presente en ambos, en todos los talleres sonríen y hay momentos de risas. Muestran interés y una actitud positiva ante los materiales, los trabajos que realizan y la arteterapeuta. En algún momento han mostrado algo más de resistencia, a algún material como el caso de Nube con la arcilla y el algodón, que aunque trabajó brevemente con ellos, terminó apartándolos.

El enfado también ha estado presente, más expresivo en Zan, que en una mayor parte de las sesiones se enfadaba por no conseguir aquello que quería en el momento, muchas veces relacionado con la frustración. El miedo se asoma en algunas de los juegos, como Zan y su miedo a los vampiros en la sesión 5:



*El sol le gusta porque brilla mucho y porque asusta a los vampiros. Me dice que los vampiros no le gustan porque están muertos. Juego con él a que soy un vampiro y que él me enseña el sol. Cada vez que me enseña el sol yo me alejo y me hago pequeña. Me dice que le asustan los vampiros y que le dan miedo pero que cuando me enseña el sol ya no se asusta.*

F. 8 El sol de los vampiros (Sesión 5)

Y Nube con temor a quedarse sola, siempre preguntando o mencionando a su madre o padre cuando hacían sus descansos.

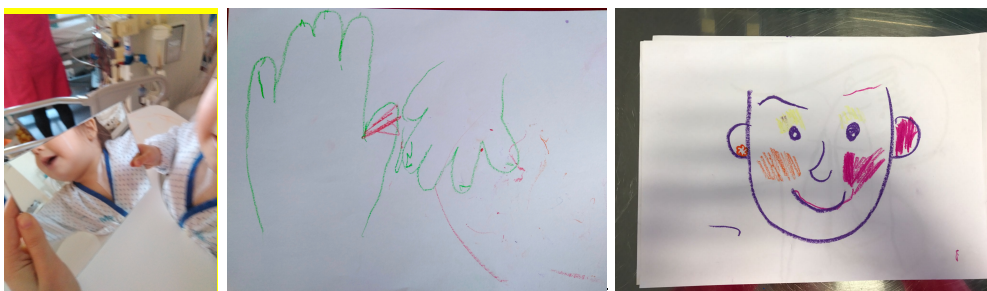
El orgullo ha aparecido a través de las exposiciones de las obras, los regalos de Zan a los demás, y las decoraciones de la habitación y de las camas. También la envidia, emoción más mostrada por Zan entre las disputas con su hermana, y cuando las arteterapeutas y los enfermeros compartían su tiempo con el resto de los niños. Por último, se han visto muestras de empatía por ambos, cuando otro compañero lloró durante mucho tiempo en una de las sesiones, preguntando qué le ocurría.

En resumen, tienen una adecuada expresión de las emociones, Zan pudiendo diferenciarlas más que Nube, y Nube manejando mejor las mismas, aunque es un camino a recorrer y en el que hay que seguir trabajando.

### **5.3.2. Identificaciones imaginarias y simbólicas**

A nivel imaginario. Al comienzo de los talleres Nube y Zan, tienen dos años y once meses y cuatros años respectivamente, por lo que de acuerdo a Lacan (2000) su yo imaginario ya estaría constituido, dado que el período de este es de los seis a los dieciocho meses.

Nube encuentra satisfacción en la imagen con la que se identifica, buscando muchas veces el verse en la cámara o en un espejo, las pegatinas que se pone o las manchas que se pinta, como fuente de narcisismo. Le gusta la imagen que le devuelve el espejo, que la cuida y que cubre sus necesidades primarias. La persona principal que se encarga de cuidar y cubrir sus necesidades es su madre, quien está siempre y su padre, cuando puede, ya que está trabajando, y el resto de familiares como los abuelos o los tíos cuando no está la madre, que les apoyan. Ya que la enfermedad ha cambiado completamente la vida familiar, dificultando el aspecto laboral, entre muchos otros. Siempre en hemodiálisis hay acompañándola algún miembro de su familia. Ella se reconoce en ese espejo que encuentra en el reflejo. Disfruta que le pinten las uñas, los labios y arreglarse el pelo.



F. 9 Nube en el espejo (Sesión 10), F. 10 Pintando las uñas (Sesión 3) y F. 11 Maquillaje (Sesión de trabajo con compañera arteterapeuta)

También la agresividad humana es característica de este registro, la confusión de límites entre el yo y el otro, la dificultad de compartir y la envidia. Hay momentos durante las sesiones donde se puede percibir. Nube tiene facilidad para compartir su tiempo, sus materiales y a las personas de su entorno. Sin embargo, tiene momentos de lanzar las cosas por los aires, de tirarlas, de ver cómo se rompen, de rasgar los papeles, de querer hacer lo



que el compañero está haciendo ya sea con su padre, con la arteterapeuta o con una de las enfermeras, a las que empieza a llamar “oye, oye, oye”, hasta que consigue su atención. Pero dentro todo de una contención y siempre buscando la respuesta del otro.

Zan también muestra tener una imagen unificada de sí mismo, se identifica siempre como niño “bueno”, ante la mirada materna, alegre, el que no quiere hacer enfadar a mamá. Dando forma a ese “soy yo”, como una ilusión que se ve proyectada en su dibujo. También se puede observar la agresividad y el narcisismo en la imagen de los juegos de Zan, donde se ve como hay luchas entre el bien y el mal, los buenos y los malos, donde siempre los buenos ganan y es con quién él se identifica, o jugando a los monstruos y él dibujándose a sí mismo como monstruo bueno, poniéndose un corazón en el pecho.



F. 12 Zan (Sesión 3) y F. 13 Zan en el bando de “los buenos” (Sesión 13)

También en su caso la persona que está más con él, que se encarga de cubrir sus necesidades básicas es la madre, contando con el apoyo de su tía (hermana de la madre), y del padre menos presente durante el tratamiento.

Se concluye que el yo-ideal que refleja la función materna está constituido en ambos, principal para su crecimiento y desarrollo. En los dos casos queda un largo recorrido, en el que las imágenes con las que se van identificando irán aumentando y cambiando, marcadas por su entorno, la mirada de los otros con los que conviven día a día y sus vivencias. Por ejemplo, Zan se identifica con imágenes como George Pig, el hermano de Peppa Pig, al que pone una camiseta de color azul, su color favorito, y le gusta porque es un niño como él, y el muñeco Sony, también en azul.





F. 14 George Pig  
(Sesión 4) y F.15 Sony  
(Sesión 17)

A nivel simbólico. Nube y Zan durante las sesiones quieren ser los protagonistas, buscan amor y dan amor a quienes cubren sus necesidades y quienes les dan confianza y seguridad. Como seres en falta llaman la atención, al necesitar al otro aparece la demanda y los vínculos. Y ante la falta del otro también aparece el símbolo.

Se puede observar en ellos cada vez que llaman o buscan la atención de las enfermeras, algún familiar o las arteterapeutas, o solicitan la comida o algún objeto que necesitan. En Nube, cada vez que pregunta por su madre, en ausencia de esta, o cuando la nombra en sus dibujos. Igualmente Zan, cuando juega o crea, donde uno de los personajes es la madre o el padre. No sólo nombran a los otros, sino que también se nombran a sí mismos.

Durante la sesión 5ª con Zan:



*Mientras va pegando las imágenes cuenta como el tigre está en el agua con su padre, o como el oso panda está con su madre. Cuando él da por finalizada la selección de imágenes, y el collage, le invito a pintar el collage y decide pintar junto al papá tigre y al niño tigre a una hermana (en naranja) y después a la madre.*

F. 16 Collage (Sesión 5)

En el paso del sujeto faltante al significado, se produce la repetición, repetición sin producción en algunas ocasiones como momentos de cortar y cortar, y momentos de repetición con producción, donde van apareciendo variantes. Por ello aunque Nube repita las mismas actividades cada día, estas tienen un significado diferente, por realizarse en momentos distintos. Nube disfruta de lo mismo una y otra vez, practicando repetidamente sus habilidades motoras. Con la repetición ella encuentra sus ritmos, el caos interno se ordena en el exterior, produciendo homeostasis y seguridad. Estas

repeticiones se pueden asociar con la pulsión de vida, son conscientes y ellas las para cuando quiere.



F. 17, 18 y 19 "A cortar" (Sesiones 11, 14 y 16)

También la necesidad de clasificar tiene que ver con el soy y el no soy, y el vínculo, tirar algo multitud de veces porque sé que hay alguien ahí y lo recoge, no es por molestar, sino por saber que está ese alguien que le da seguridad. Durante la sesión 3ª:

*Sigue lanzando todo lo que hacemos al aire, "¡a volar!", volcando y volviendo a poner en su sitio las cosas, hemos sacado todas las ceras y luego Nube por colores me las iba dando y colocando en su caja (repetición). Le gusta ver como los objetos suben y caen, y como los demás los recogen.*

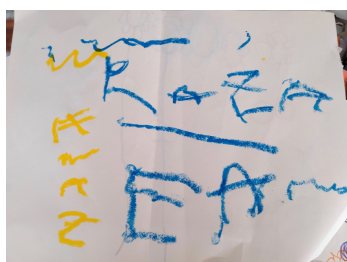
Nube ya tiene un repertorio de lenguaje verbal, de palabras, y se la puede escuchar decir "esto es de Nube", "es mío", "soy Nube y tú María", "mamá", "papá", como va nombrando a las personas y a las cosas y diferenciándose de las mismas. Continuamente se reafirma y busca siempre la relación con el otro. Además está descubriendo que ciertos grafismos tienen significados. Su madre y abuelas trabajan con ella las letras, utilizando los nombres, Nube no sabe lo que pone, pero reconoce algunas letras como la "N" o por el sonido que les ponen sus familiares, sabe si lo que aparece en la hoja es su nombre, o el de algún otro miembro de su familia. La identificación con su nombre "Nube soy yo", la genera mucho júbilo y alegría, introduciéndose con la imagen de la cadena simbólica paterna.



F. 20 y 21 El nombre  
(Sesión 11 y 18)

Zan tiene conciencia también de que las letras forman palabras que tienen significado, así en el penúltimo taller escribe una carta de despedida a

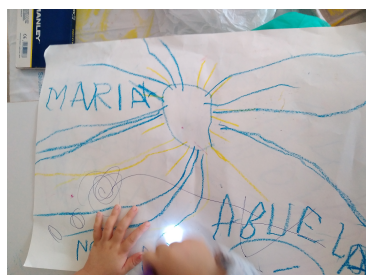
la arteterapeuta: *“Gracias por dejarme los materiales y haber venido a jugar conmigo” (renglones amarillos), y en la otra escribe “gracias por venir a pasar tiempo conmigo, te quiero mucho” (es lo que él me lee).*



F. 22 y 23 Carta de despedida (Sesión 18)

La función paterna, que marca la norma y los límites está muy presente en la vida de ambos, por su enfermedad están rodeados de límites marcados por su núcleo familiar y también por los profesionales médicos, en la sala el no poder moverse, no poder mojarse, las vías, los cuidados, aún así siempre hay espacio para el juego y para el disfrute. La función paterna en el caso de Zan, también aparece ante la norma y el límite más el nombre de la madre de Zan que del padre; y en el caso de Nube, aunque ambos padres cumplen la función materna y la paterna en diferentes grados, el límite siempre está más presente en la presencia del padre.

El límite se pone desde lo simbólico. Los límites que las sesiones plantean son el tiempo, el uso de los materiales, que al ser compartidos con los compañeros no siempre se dispone de lo que se quiere cuando se demanda, la higiene, entre otros. Así en su exploración de los límites se puede encontrar el trabajo con Zan y los tiempos, pues siempre demanda más, se enfada al final de algunas de las sesiones, si quiere trabajar con algún material como las témperas se expande y se vuelve muy demandante. Con Nube el límite queda representado en sus obras del “sol”, dibujo que muchas veces la plantean los familiares, marcándola donde poner los rayos, o al marcarla que dibuje o coloree dentro de las líneas.



F. 24 y 25 El sol (Sesión 12 y 17)

Por su parte Nube cuando puede desafía esos límites, desde el inicio de los talleres pinta fuera de los límites de la hoja, pinta la mesa, sabiendo que las enfermeras no la dejan, y ella lo transgrede con la expectativa de escuchar el “no” y de poder limpiarlo. Porque los límites calman, y canalizan la relación. Durante la sesión 4ª:

*Después ha volado el papel de la mesa y ha empezado a hacer los garabatos por toda la mesa con diferentes colores, le encanta porque es un límite que tiene y la gusta traspasarlo y ver hasta donde la dejan, y también porque después con el jabón se borran los colores. Y ella es la encargada de limpiarlo “yo, yo, yo”.*



F. 26 y 27 Saltándose la norma (Sesión 10 y 11)

En su proceso simbólico ambos se encuentran en ambientes donde enriquecer sus vínculos. Su recorrido en descubrir e incorporar símbolos no acaba más que empezar, paso a paso para ir encontrándose y buscándose a sí mismos como el enigma y misterio que son. Desde todo el amor que reciben de sus familiares y también los límites. Nube muestra un apego seguro, lo que la posibilita establecer buenos vínculos, siendo estos con raíces, profundos, que la permiten explorar en seguridad. Las relaciones que mantiene son importantes con sus padres, también con sus abuelos y con sus tíos. Igualmente Zan, junto a sus familiares, abierto siempre al encuentro con aquellos que se acercan a él en espacios seguros.

En su crecimiento Zan y Nube se van constituyendo entre lenguaje e imagen.

Siguiendo la estructura que marca Erikson, se puede concretar que Nube y Zan han resuelto la primera tarea, mostrando seguridad y confianza en aquellas personas que cuidan de ellos, y por tanto, abiertos al entorno y a la exploración desde sus espacios y personas de seguridad; y desconfianza cuando estas características no están. Por otro lado la autonomía y el deseo de hacer las cosas por ellos mismos es una constante, se puede destacar como Zan come por sí mismo, pide algo cuando lo necesita, y puede trabajar y jugar de manera autónoma, aunque disfruta siempre más si tiene

acompañamiento. Por su parte Nube lucha más por encontrar su autonomía y diferenciarse de los demás, se pueden ver esos intentos en sus “No”, el orden de las ceras, rotuladores y los materiales con los que trabaja, que siempre los saca de sus cajas y una vez que los ha utilizado los vuelve a guardar. También los momentos de limpieza consisten en acuerdos con Nube donde se deja limpiar siempre y cuando ella también participe de su propia limpieza, de los materiales y de la mesa: “yo, yo, yo, lo hago yo”. La limpieza es una actividad que se realiza diariamente y uno de sus materiales preferidos es el gel de alcohol. También esta acción puede entrar dentro de las iniciativas de Nube.



F. 29 Limpiando con una gasa la mesa (Sesión 9) y F. 30 Limpiándose las manos (Sesión 15)

Pero donde más se ve representada la iniciativa y la sensación de orgullo o culpa es en Zan<sup>5</sup>, colgando gran parte de sus obras en la cama o en algún punto de la habitación para decorar y para que los demás las vean, también llamando a las enfermeras para enseñárselas y, en algunos casos, regalárselas o sintiendo culpa cuando su madre o su tía le regañan por no esperar o no tener más cuidado, en momentos de la cotidianidad.

Siempre las obras de Zan parten de su propio impulso creativo y creador, todos los juegos que plantea como jugar al fútbol con las ceras, y un trozo pequeño de papel, utilizar las hojas para construir un edificio o los bloques para hacer un dinosaurio, así como incluir juguetes y otros elementos de su ambiente en sus creaciones. Desde la primera sesión:

*Mientras estamos pintando Zan descubre que mezclando dos líneas con dos ceras diferentes, salen otros colores, que con el amarillo y el azul sale el verde, con el azul y el rojo, el marrón. Me pide que yo dibuje con un color y él con otro y vamos creando distintos colores por toda la superficie del papel. Me va contando historias en los diferentes dibujos.*

---

<sup>5</sup> Se podrá ver con mayor detenimiento en el análisis de sus recursos y capacidades de expresión de imágenes y símbolos.



En la sesión 5, pide una batea en medio de su proceso creativo:



F. 31 y 32 Batea (Sesión 5)

También en las últimas sesiones se pueden observar estas iniciativas en Nube, como por ejemplo la sesión 16 donde se utilizó material médico, y Nube rápidamente se dispuso a montar las jeringuillas y

*Juega con las jeringuillas a metérmelas en la boca y a darme un jarabe, se asegura que lo introduce como ella quiere y que me tomo el jarabe adecuadamente. Juega también a pincharse en los brazos. (...) Luego también juega con el esparadrapo a enredarlo entre sus manos, como una venda, se pone la venda y se la quita, así varias veces hasta que termina con el toque Nube de lanzar la venda por los aires.*



F. 33, 34 y 35 Juego con Jeringuillas y esparadrapo (Sesión 16)

### 5.3.3. Lo real

Por último, el registro de lo real, que no se percibe, se manifiesta como inesperado, como trauma. Lo real, la enfermedad, solo se es consciente de ella cuando impacta, uno se encuentra mal, duelen los pinchazos y las curas. Pero Nube y Zan aún no se relacionan con parte de este real, con lo que implica en su vida el mismo. Sin embargo aunque no tengan una comprensión de lo que les ocurre, se puede observar como Nube es consciente de su herida, de las vías, de los riesgos y límites del lugar. De cuando algo la duele. El registro de lo real siempre está presente. Durante diferentes sesiones se recogió:

*Ha tenido también un momento como la semana pasada, se ha tumbado y ha empezado a moverse por la cama y a empujar la mesa que tienen para pintar, así que me la he llevado un rato y cuando la madre se ha ido a descansar la he vuelto a traer. En este momento de movimiento hace un gesto con los dedos de cortar las vías de la Hemodiálisis, mirándome, riéndose. (Sesión 11).*

También se puede observar en este dibujo como Nube sabe donde está la herida que tiene. Durante la 7ª sesión:



*Nube ante la figura coge la cera roja y hace el primer garabato en el centro del dibujo, justo en medio. El padre le va preguntado a Nube en qué parte del cuerpo está la herida que tiene, la señala en su cuerpo pero no sabe donde ponerla en la hoja, por lo que el padre se la dibuja, le dice por donde van las vías, la señala donde está su corazón. Seguidamente le dice donde está la cabeza, y empieza a señalar los ojos. Va realizando las indicaciones que le pone su padre.*

F. 36 El cuerpo (Sesión 7)

Por su parte Zan, habla de sus miedos, saliendo temas como la muerte, como se mencionó previamente su miedo a los vampiros porque “están muertos”, y también esa figura de seres que chupan la sangre. En sesiones más avanzadas, Zan muestra rechazo en un principio al color rojo por relacionarlo con la sangre. En la sesión 15:

*Ve los gomets en la carpeta y los coge, empieza descartando el rojo “no quiero rojo” que es sangre, “como cuando te cortas y sale sangre”, coge otros gomets comienza con los azules, después los amarillos, vuelve a ver otros gomets rojos, y arranca las hojas, “sangre no”, cuando termina de ir pegando los gomets en la hoja dice “para el final...” y coge gomets rojos.*

Más adelante en esa misma sesión:

*Zan empieza pintando con el amarillo, un poco de marrón, de negro. Coge la paleta “Como un artista”, y va marcando la hoja con toques poco seguidos. Se le mancha la mesa de rojo y dice “sangre en la mesa”, “hay sangre”. A Zan no le gusta la sangre, pero le pregunto si duele y me dice que no, que no duele. Aún siendo en el juego el rojo un color que rechaza, él mismo lo integra es sus obras y en sus juegos, dándole valor al mismo.*

Y durante la sesión 16:



*Hay un trozo de la plastilina que al pegarse y juntarse, hay dos plastilinas que se unen: en este caso una de color carne, otra amarilla y otra de color rojo, ese trozo de color rojo que aparece para Zan es la sangre.*

F. 37 El gusano (Sesión 16)

#### 5.3.4. Las pulsiones parciales y sus objetos

Las pulsiones parciales se manifiestan a través de las diferentes zonas erógenas de Zan y Nube, buscando objetos con los que satisfacer sus necesidades.

En Nube la pulsión oral está menos representada, se lleva objetos a la boca, pero raramente, no tiene hambre como característica de su enfermedad, por ello se alimenta por vía enteral. Sin embargo, la comida y el disfrute que le proporciona esta oralidad sí se ve cada día en Zan, esperando el momento donde traen la comida o él demandándola. Y siempre presente la necesidad y demanda hacia los otros.

Lo anal está muy presente en ambos desde la creación de sus obras donde reiteradamente disfrutan del acto de coger pintura y ponerla en el papel, cuanta más mejor. Nube, como se puede observar, cuanta más pueda coger con el pincel, el poder acabar el bote o también el llenar todo el espacio de la hoja, más lo disfruta. Durante la sesión 14:

*Cuando vuelvo me dice que quiere “otra”, le saco una hoja, en este caso coge el color verde y llena todo el espacio con sus pinceladas, “todo, todo, todo” va diciendo, lo realiza de manera rápida, con ímpetu, concentrada.*



F. 25 “Todo, todo” (acabar la pintura; Sesión 13) y F. 26 “Todo, todo” (llenar el espacio; Sesión 14)

O Zan por ejemplo, al utilizar las acuarelas que tiene que usar todos los colores, para finalmente poner una capa final de negro, o su deseo en otra sesión de rellenar todos los espacios de la paleta.



F. 27 La paleta (Sesión 10) y F. 28 El huevo (Sesión 17)

También está muy presente su proceso de control de esfínteres, Zan llama a las enfermeras cuando lo necesita, pero está el caso de un día en que estaba jugando y disfrutando y llamó tarde a las enfermeras. Nube, que está aprendiendo y a lo largo de las sesiones se va viendo su proceso, como



hacia la mitad deja de traer pañales y empieza a usar el orinal. Como parte de este momento de control de esfínteres de Nube, está muy conectada la mirada, el ser mirada, el ser protagonista, el centro de atención, así como observar el entorno. Durante la sesión 17:

*Nube quiere hacer pis, ayudo a su padre a sentarla en el orinal, viene Lola también a ayudar (momento mirada). Está un rato pero no hace pis, la enfermera señala como a Nube simplemente le gusta tener a la gente a su alrededor, siendo el centro de atención. Finalmente Nube hace caca, por cada trocito que sale, se levanta a mirar.*

También el momento de la croqueta es para Nube una ocasión de recibir la atención de los otros y de tener control, pues invita al juego y hace partícipe a las personas de su entorno.

Por su parte Zan también busca de manera continua el ser mirado, regalando las obras que realiza, preguntando al otro si le gusta lo que está haciendo. Durante la sesión 9:

*Mientras trabajamos su mamá llama por Skype, él dice que está bien, que está pintando, le enseña la obra. Le pregunta si le gusta, no se escuchan bien del todo las conversaciones y Zan responde en base a lo que cree que su madre le va diciendo: “Gracias mamá”, “Estoy bien”, “Es para ti”, “Te quiero”. Las obras siempre las regala, principalmente a las enfermeras. El dinosaurio previo me lo regaló a mi, en cuanto vino la enfermera, se lo regaló a ella. Esta búsqueda de la aceptación, del refuerzo positivo, del vínculo, de lo afectivo.*

Durante la sesión 15, Zan regala a Nube su collage:



F. 29 Collage (Sesión 15)

También está presente la necesidad de ser hablados, de ser nombrados. Nube repite la palabra “¿qué?” un mínimo de cinco veces por sesión, unida a la de la demanda “oye, oye, oye”, “mamá”, “papá”, “María”, nombrar a las enfermeras, algo que también la da seguridad cuando por ejemplo su madre se va a desayunar, su madre ya no está pero el nombrarla la manifiesta (función simbólica). Durante la sesión 14 *las enfermeras se acercan en varios momentos a hacer bromas y jugar con Nube, Nube*

*también en algún momento las llama, dice “¿qué?” y las enfermeras la hacen el eco, y Nube se ríe.*

Y la necesidad del contacto, de la caricia, del abrazo, necesidad de ser amados y sentir ese amor. Zan disfruta de los abrazos y los besos, tanto recibéndolos como dándolos. La satisfacción pulsional y sus objetos es fundamental en la evolución cognitivo-afectiva-motora de los dos.

Nube y Zan muestran sus pulsiones, queriendo separarse y al mismo tiempo agradar al otro, para sentirse queridos y terminan reprimiendo sus pulsiones por lo que se conoce como función paterna (dibujar lo que le dice el padre o la abuela, en el caos de Nube o portarse “correctamente”, en el caso de Zan), la ley, los límites, para socializarse y agradar a su entorno (con los regalos de Zan o cuando quiere algo y no lo obtiene “me enfado contigo”).

### **5.3.5. Recursos y capacidades de expresión de imágenes y símbolos**

Aunque el trabajo no estaba enfocado al dibujo<sup>6</sup>, ha sido la base gráfica de la intervención, siempre presente, todos los días de taller los niños dibujaban, marcando esta técnica expresiva como prioritaria en el desarrollo de los niños y también como facilitadora de la intervención.

Como se ha podido ver con los recortes de Nube, el niño trabaja desde la repetición, igualmente ocurre con los trazos, y las brochas de la pintura, donde van haciendo círculos, líneas, y poco a poco van añadiendo nuevos elementos como los soles donde Nube va añadiendo filamentos, elementos contables. El círculo de alguna forma separa el interior del exterior. Y como a través de los garabatos van poniendo orden a su cuerpo fragmentado.

El dibujo de Nube está en la fase del garabato, no hay revés, ni derecho, ni arriba, ni abajo. La utilización de la forma, color y composición está relacionada con Nube y su desarrollo social. El garabato está motivado por la satisfacción cenestésica y visual, por la vivencia emocional de marcar externamente. En sus garabatos se puede observar, siguiendo las etapas del dibujo infantil de Viktor Lowenfeld:

---

<sup>6</sup> Las técnicas utilizadas por sesión puede encontrarse en el ANEXO III.



F. 30 Garabato desordenado (Sesión 5):

*Donde en comparación con otros días se ha expandido y extendido mucho más. No nombra en este garabato, pero es muy gestual, haciendo garabatos rápidos, y cortos.*

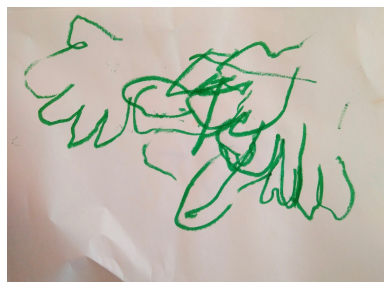
F. 31 Primer garabato controlado que realiza Nube en los talleres (Sesión 11)



F. 32 Garabato con nombre (Sesión 3):

*Nube es el primer garabato amarillo y morado, su padre el amarillo del medio y su madre el morado.*

Al comienzo el garabato es el resultado de la experiencia del movimiento kinestésico, para ir controlando las líneas visualmente y finalmente la relación entre estas. En relación a esta experiencia kinestésica, de desarrollo del yo, de identificación y diferenciación con los otros está siempre presente la relación y el contacto con el cuerpo.

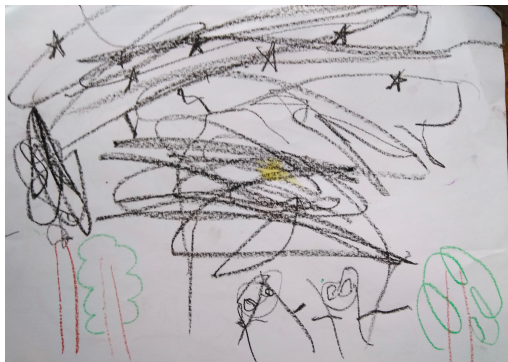


F. 33 y 34 . Goma eva y pegamento (Sesión 15) y F. 35 Manos Nube (Sesión 17)

En las obras de Nube se puede ver como el cuerpo es una representación constante, aparece continuamente, desde momentos en los que ella se pone *gomets* en la nariz, coloca su mano sobre el papel para hacer la forma y después pintarla. Es interacción y contacto, con el dibujo, el cuerpo, el juego, la creación y con los otros.

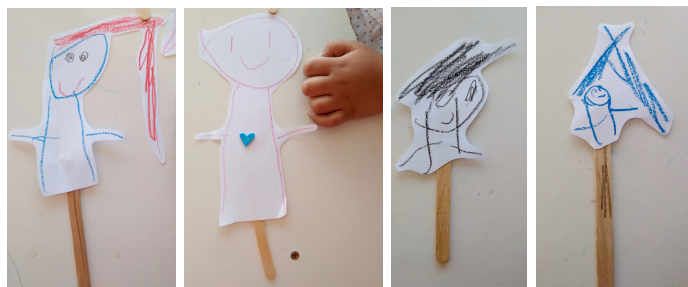
Los dibujos de Zan son propios de la fase presquemática, donde ya se ven sus intentos por representarse a sí mismo y a las personas de su

entorno. Así durante la sesión 3 Zan hace un dibujo donde se representa a sí mismo y como acompañante de la obra, al enfermero Álvaro. Y en la sesión 14 crea varios personajes para su teatro: a las dos arteterapeutas, a sí mismo y a un compañero de hemodiálisis.



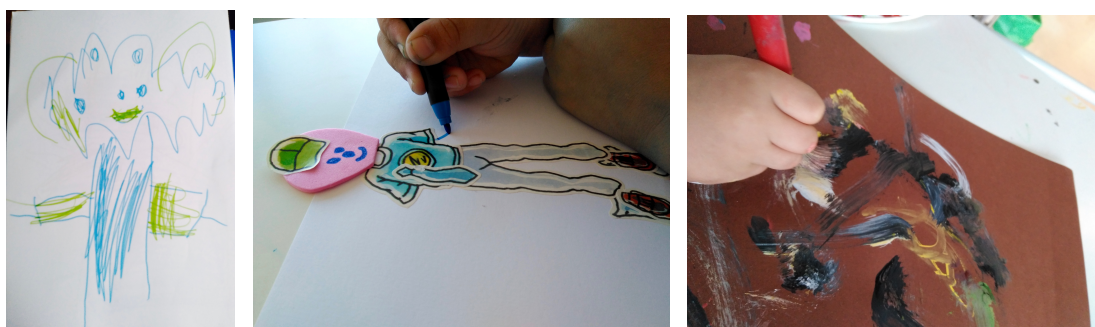
*En la cueva hay dos monstruos el que es más gordito al principio era la puerta de la cueva, pero luego los ha dibujado diciendo que el gordito era el enfermero Álvaro y él era el de los brazos largos. (Sesión 3).*

F. 36 La cueva (Sesión 3)



F. 37 Zan, F. 38 Arteterapeuta 1, F.39 Compañero de hemodiálisis y F. 40 Arteterapeuta 2 (Sesión 14)

También estos ejemplos muestran como la figura de la persona aparece en sus creaciones, destacando la parte de la cabeza, los ojos, la boca, siempre con una sonrisa, el pelo y los brazos. Incluso desde su fantasía crea nuevas criaturas que tienen composición humana.



F. 41 Payaso (Sesión 6), F. 42 Zan superhéroe (Sesión 13), F. 43 Trol (Sesión 10)

Zan disfruta del uso de los colores, destacando el azul y el negro en sus obras. Y también la representación de las cosas que le gustan, como por ejemplo los dinosaurios.





F. 44 Dinosaurio (sesión 9) y F. 45 Carretera de colores (Sesión 19)

Zan es un niño con muchos recursos, siempre investigando y poniendo en práctica las ideas que surgen en su mente: trabajando en el papel y con nuevos materiales creando su “monstruo de los colores”, cuando se trabajaron las emociones, se convirtió él mismo en su monstruo, pintándose el cuerpo y diciendo “soy el monstruo de los colores”; inventa juguetes con plastilina como el yoyo volador; juega a ser artista con su paleta de colores, su gorro médico y pinta en su lienzo y como parte de ese lienzo utiliza los brazos de la arteterapeuta y los coloca en una composición concreta para la foto, realiza una construcción con sus obras de papel y dibujos e incluye juguetes como parte de su creación.



F. 46 y 47 El monstruo de los colores (Sesión 13), F. 48 El yoyo (Sesión 13)



F. 49 Muñeca Pincel (Sesión 9), F. 50 Composición (Sesión 18) y F. 51 Construcción (Sesión 15)

#### **5.4. Valoración de la consecución de objetivos terapéuticos**

La intervención realizada se encuadra dentro de la arteterapia médica, al trabajar con los niños incluyendo materiales propios del hospital y de su día a día para que obtengan una mejor adaptación hospitalaria y disminuyan los niveles de estrés a los que se ven sometidos con la incertidumbre, las pruebas y los viajes semanales de su ciudad al hospital.

Zan y Nube tienen establecida la función materna, están en pleno desarrollo de su mundo imaginario y simbólico y construcción del sí mismo. El registro de lo real está muy presente en su día a día. Ambos tiene muchos recursos y un buen vínculo familiar, fortalezas de cara al desarrollo evolutivo y la integración de su enfermedad, se atreven a investigar desde su espacio de seguridad. La arteterapia les ha facilitado espacios donde explorar los límites, donde extenderlos en algunos momentos más de lo que en su vida cotidiana pueden, encontrando espacios de libertad y creación y desde donde ejercer su autonomía.

A lo largo del trabajo desarrollado, también se ha podido acompañar a las familias, posibilitar momentos de juego y encuentro conjuntos y de fortalecimiento de vínculo, y cómo el uso de las artes puede ser una forma para comunicarse con sus hijos o para disfrutar y expresarse ellos mismos.

También se ha trabajado la motricidad fina y el control de los impulsos, demorando la gratificación y lidiando con la frustración, mediante los límites, la organización de los tiempos con los niños y las actividades, gestionando las demandas y propiciando momentos de espera tras los cuales se trabajaba con el material demandado o la actividad propuesta. Ambos tienen una adecuada expresión de las emociones, teniendo que seguir desarrollándose con el apoyo externo para adquirir una buena inteligencia emocional como personas maduras.

Mediante el uso de diferentes materiales ha habido estimulación sensorial y perceptiva, también a través del uso de los colores y las tijeras se ha trabajado más la parte atencional, y a través del juego y el arte, el lenguaje, que siempre ha estado presente, ya fuera de forma verbal, no verbal o artísticamente. Al explorar materiales y jugar cada día con herramientas distintas, han puesto en práctica su capacidad a adaptarse a nuevas situaciones y a la resolución de problemas.

Durante las sesionesm Nube y Zan han reído, han disfrutado y han tenido experiencias variadas que han promovido sentimientos positivos y de bienestar, también junto a sus familias y con el personal médico que jugaba, cantaba y cuidaba de ellos. Al mismo tiempo con juegos como el teatro o las máscaras, se ha favorecido la evasión de la realidad y el vínculo grupal, con actividades como la Navidad o el día del huevo.

Con el uso de los cuentos se han dado a conocer las emociones básicas y trabajado con ellas. Promoviéndose recursos para la expresión de pensamientos y emociones, al hablar sobre sus obras o empatizar con los personajes de algún cuento o película de la sala o sus compañeros o familiares. Y con el juego, permitiendo usar el cuerpo como lienzo, se ha posibilitado la exploración del propio cuerpo, el contacto con sus partes sanas y sus heridas, las vías, trabajando la mirada positiva sobre el mismo, y con el cuidado de los materiales y con los momentos de limpieza previos a las comidas o al cierre de sesiones, se ha potenciado el autocuidado.

La expansión se mostraba como una necesidad latente en ambos, por lo que siempre se comenzaban las sesiones con actividades más expansivas con el uso de las ceras o las témperas, favoreciendo una expresión libre, flexible y que les permitiera moverse y ocupar el espacio creador, y la contención mediante los collages, los recortes, las pegatinas y los rotuladores hacia el final de las sesiones.

Al posibilitar la elección de materiales se ha impulsado la toma de decisiones.

Con todo ello se puede concluir que el espacio arteterapéutico ha sido un recurso positivo para mejorar el estado general del niño, sus relaciones, la estancia hospitalaria, así como, familiarizarse con el uso de la actividad artística dentro del hospital y como medio para relacionarse dentro y fuera de este a nivel sensorial, emocional, social y estético.

Se considera que como cuestiones de mejora estarían el realizar más actividades que se centren y potencien el vínculo grupal, o la experiencia del grupo, digamos como objetivo principal, y sin que se disminuya esa atención personalizada por lo que se podría plantear como propuestas mensuales. Igualmente el trabajo con las familias, en el cual se podría haber invitado a las mismas a participar más, aunque muchas veces se ha considerado mejor

poner el foco en el menor y dejar que los familiares usen este tiempo como descanso.

También sería positivo proporcionar mayor variedad de texturas, y sensaciones en los materiales que se ofrecen a los niños, especialmente para las actividades de collage o de estimulación. Sería bueno disponer de baberos o unas telas que protegieran más el cuerpo de los niños para darles una mayor libertad.

Por último un mayor trabajo en equipo con las enfermeras, pues al final sigue siendo una actividad donde la arteterapeuta queda como de paso por la sala, aunque los familiares valoran, así como las enfermeras, el trabajo hecho por los momentos de alegría y también por la confianza y el vínculo que se genera con las familias al ser siempre la misma persona quien acude a las sesiones.

## **6. CONCLUSIONES**

No hay respuesta cerrada para favorecer el bienestar asociado a la experiencia hospitalaria y al tratamiento de hemodiálisis en niños de la primera infancia desde las sesiones de arteterapia, pero tras el análisis de los dos casos y la experiencia de la arteterapeuta se puede concluir que estando presente desde la observación participativa y la escucha empática, así como, la relación con los niños desde el juego y el uso de las artes plásticas, se puede ofrecer un espacio donde, la visita de la arteterapeuta dentro del entorno hospitalario sea reconfortante. Trayendo risas, alegría y experiencias positivas a los tiempos de espera, de incertidumbre, y de estrés. También las características del tratamiento de hemodiálisis facilitan un espacio donde practicar y mejorar las habilidades artísticas y donde expresar las vivencias presentes de los niños, que siempre están en el ahora.

Por lo que la arteterapia puede ser una herramienta útil para la expresión de la experiencia médica o la propia enfermedad. A través de dibujos o pinturas donde expresarse emocionalmente mediante los movimientos y las marcas, la arcilla o el collage. Y la arteterapia médica al darle nuevos usos a los utensilios del hospital de una manera lúdica, donde también poder pintarlos, romperlos o simplemente interactuar con ellos,



jugando los niños a ser cuidadores del resto. Igualmente, desde el contacto con el yo corporal también permite la obtención de imágenes positivas de sí mismos al conocerse mejor, y tener experiencias positivas desde el juego con pegatinas, témperas o pinturas para el cuerpo.

Se puede favorecer su bienestar ante tratamientos extensos en el tiempo y problemáticas crónicas a través de la variedad de materiales y herramientas con las que explorar, trabajar y encontrar su propia voz y uso, ofreciéndoles diversidad de experiencias, y ante todo propiciándoles un espacio para ellos donde crear y jugar. Además es importante ofrecer apoyo a las familias ya que atraviesan muchas etapas a nivel emocional.

Con los cuentos, los vídeos o el acompañamiento de las obras o las pinturas, se pueden dar a conocer las emociones de los niños, repitiéndolas con ellos, verbalmente, gestualmente o incluso asociándolas a colores, también la pintura, la arcilla, entre otros materiales, ayudan a canalizar las mismas, posibilitando su expresión y dándoles cuerpo.

Para mejorar la calidad de las acciones arteterapéuticas, es importante el uso de técnicas de recolección de datos como los diarios de campo, hojas de registro, la observación, por ejemplo, del estado de ánimo de los niños, los registros fotográficos de las obras o las mismas obras (dependiendo del arteterapeuta, el taller y sus participantes), las entrevistas al resto de personas con las que se trabaja y a los familiares, o a través de cuestionarios o conversaciones informales. El trabajo en equipo es también fundamental.

La arteterapia en España, y específicamente dentro del ámbito hospitalario, es relativamente nueva, y el trabajo que se realiza muchas veces no se conoce del todo o se simplifica como un juego o una manera de animar a los niños durante el tiempo que pasan ingresados. Sin darle esa mirada de disciplina o que detrás de estos profesionales hay una formación, incluso previamente ya sea más desde un enfoque de bellas artes o la psicología, incluso pedagogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales que se terminan especializando en esta área.

A lo largo de la intervención se han encontrado más aspectos favorecedores que desfavorecedores.

Destacando como aspectos favorecedores:

- Las sesiones continuadas en el tiempo, es decir, no sesiones únicas por todas las posibilidades en tiempo y espacio que esto permite.
- El vínculo con los niños y las familias, con una relación de confianza.
- Mismas arteterapeutas a lo largo de toda la intervención, para dar lugar a establecer la relación de confianza.
- Variedad de materiales y herramientas, importante especialmente con niños de la primera infancia que, a lo largo de dos horas de taller, necesitan cambiar de actividad.
- El dibujo como técnica expresiva.
- Diversidad de experiencias.
- Coterapia y apoyo con el resto de profesionales, por las dudas y la riqueza del trabajo interdisciplinar.
- Que los niños sean protagonistas.
- Conocimientos sobre el desarrollo evolutivo de los niños y la construcción del sí mismo.
- Conocimientos sobre las posibilidades de cada material artístico.
- Soporte emocional.
- Adaptabilidad en las sesiones, no marcadas por objetivos y propuestas rígidas.
- Recogida y análisis de datos a lo largo del proceso.
- El juego, siendo el modo de relación y de exploración para conocer el mundo, a los otros y al sí mismo, de los niños.
- Cooperación y vínculo con el resto de niños en la sala.
- La autonomía, y al mismo tiempo los límites, que dan seguridad y calman.
- Conversaciones con las familias y el equipo sanitario.
- Adaptación de los materiales a los niños, por ejemplo reblandecer la arcilla o darles trozos pequeños.

Como aspectos desfavorecedores destacan:

- Los límites del entorno que no siempre permitían que los niños pudieran llevar a cabo su deseo de exploración y expresión completamente, por el riesgo de las vías y por higiene.

- Desconocimiento de características importantes de la enfermedad de cada niño o de la situación de la familia.
- El que no haya habido reuniones con el personal sanitario, ni al principio, ni durante, ni al final de la intervención. Considerándose estas sumamente importantes, especialmente al principio por conocer los detalles médicos y sanitarios del entorno y de la situación de los niños, pero también importantes durante y al final por mejoras y feedback.
- Variedad de equipos de enfermeros, sin saber exactamente quién iba a estar cada fin de semana.
- Los límites temporales, que no siempre quedaban bien definidos en el trabajo con los niños.

Se concluye que se ha cumplido el objetivo de la investigación, mediante la reflexión de la función de la arteterapia a lo largo de la intervención realizada con pacientes de la primera infancia en tratamiento de hemodiálisis, adquiriéndose un mayor entendimiento de los niños y sus familias y que se ha podido analizar lo hecho, lo que ha permitido también transmitir el proceso.

### **Prospectivas**

Como futuras líneas de investigación sería positivo realizar investigaciones desde una metodología mixta donde recoger información sobre hipótesis y preguntas cerradas, mediante cuestionarios para realizar un análisis cuantitativo de los datos; y abiertas por ejemplo en el trabajo con la familia, la experiencia familiar de cada sesión y del proceso, la mirada externa de la familia, o también de las enfermeras o el equipo médico, para recoger sus experiencias, mejoras y puntos fuertes de las sesiones de arteterapia en hemodiálisis.

También estudiar la participación activa de las familias, aunque como se señalaba previamente, considerar si hacer todas las sesiones desde un enfoque sistémico y familiar, o si plantearlas mensualmente, para no quitar protagonismo a los niños. Sin lugar a dudas, las familias son fundamentales en el trabajo con los niños y además también necesitan de apoyo y espacios

para expresarse y encontrar momentos de bienestar, aunque el ver a sus hijos disfrutar les calme y les de tranquilidad.

Y como el estudio de Sanjuan (2011) marcaba como parte de su intervención, las reuniones con el equipo médico, se considera que sería muy enriquecedor que se pudiera estudiar la función del arteterapeuta dentro del hospital y, concretamente, dentro del equipo médico. Siendo un rol actualmente fuera de este espacio, por no ser considerada la arteterapia en España una profesión.

Por supuesto, animar e invitar a que se realicen más estudios de trabajos y propuestas de intervención con niños, desde el enfoque de la arteterapia médica, o sobre el uso de materiales o técnicas diferentes al dibujo, como por ejemplo la arcilla o la pintura.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ainsworth, M. S. (1974). *The development of infant-mother attachment. A final report of the Office of Child Development*. Washington: Office of Child Development.

Aguilera, P y Whetsell, M.V. (2007). *La ansiedad en niños hospitalizados*. Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/114/229> (consulta: 17 de febrero de 2017).

Berger, K. S. y Thompson, R. A. (1997). Teorías del desarrollo. En *Psicología del desarrollo. Infancia y Asolescencia* (pp. 41-73). Madrid: Ed. Médica Panamericana.

Berger , K. S. (2007). *Psicología del desarrollo. Infancia y Adolescencia*. Madrid: Ed. Médica Panamericana.

Cambier, A. (1999). Lo que significa dibujar. En P. Wallon, A. Cambier y D. Engelhart, *El dibujo del niño* (pp. 13-23) (5ª ed.). Madrid, España : Siglo Veintiuno Editores.

Cambier, A. (1999). Los aspectos genéticos y culturales. En P. Wallon, A. Cambier y D. Engelhart, *El dibujo del niño* (pp. 13-23) (5ª ed.). Madrid, España : Siglo Veintiuno Editores.

Councill, T. (2012). Medical Art Therapy with Children. En C. A. Malchiodi (Ed.), *Handbook of Art Therapy* (pp. 222-240) (2ª E.d.). New York, NY: The Guilford Press.

Cuadrado Fernández, A. (2013). Pensar y actuar metodológicamente: Una experiencia de investigación mediante un estudio de casos cualitativo. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 8, 191-210. Madrid, España: Servicios de publicaciones UCM.

De Castro, E. y Moreno-Jiménez, B. (2005). Funcionamiento familiar en situación de trasplante de órganos pediátrico. *Revista Interamericana de Psicología*, 39 (3), pp. 383-388.

DiTomasso, M.J. (2011-Sin publicar). Asignatura *Personality Theroy* (PSY 416 C). A Departamento de Psicología. Universidad de Miami, Miami.

Erikson, E. H. (1950). *Childhood and Society*. Nueva York: Norton.

Freud, S. (1905). *Tres ensayos de Teoría Sexual*. En *Obras Completas*, vol. VII. Buenos Aires: Amorroutu Editores, 1996.

Freud, S. (1915). *Pulsiones y destinos de pulsión*. En *Obras Completas*, vol. XIV, pp. 105-134. Buenos Aires: Amorroutu Editores, 2007.

García Meseguer, C. y Vila Santandreu, A. (2014). Trasplante renal pediátrico. *Asociación Española de Pediatría*, 1, pp. 435-453. Disponible en: [http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/27\\_trasplante\\_renal.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/27_trasplante_renal.pdf) [2017, 28 de mayo].

Lacan, J. (1962-1963). *Seminario 10: La angustia*. Inédito. (Trad. Rodríguez Ponte, R.E.). Disponible en: <http://www.lacanerafreudiana.com.ar/2.1.4.21%20CLASE-21%20%20S10.pdf> [2017, 8 de Julio].

Lacan, J. (1974-1975). *Seminario 22: R. S. I.* Inédito. (Trad. Rodríguez Ponte, R. E.). Disponible en: <http://www.lacanerafreudiana.com.ar/2.1.10.1%20CLASE%20-01%20%20S22.pdf> [2017, 28 de mayo]

Lacan, J. (2000). El estadio del espejo como formador de la función del yo tal como se nos revela en la experiencia analítica. En *Escritos I*. México D.F.: Siglo XXI, pp. 86-93.

Lacan, J. (2005). *De los nombres del padre*. Buenos Aires: Paidós.

Lapierre A. y Aucouturier, B. (1980). *El cuerpo y el inconsciente en Educación y Terapia*. Barcelona: Editorial científico-médica.

López Fernández Cao, M. y Martínez Díez, M. (2006). *Arteterapia: Conocimiento interior a través del arte* (2ª ed.). Madrid, España: Tutor.

Lowenfeld, V. y Brittain, W. L. (2008). *Desarrollo de la capacidad intelectual y creativa* (8ª ed.). Madrid, España: Síntesis.

Malchiodi, C. A., Kim, D. Y Choi, W. S. (2003). Developmental Art Therapy. En C. A. Malchiodi (Ed.), *Handbook of Art Therapy* (pp. 93-107). New York, NY: The Guilford Press.

Machón, A. (Sin fecha). Un poco de historia: el descubrimiento del arte infantil. Disponible en:

[http://www.dibujo infantil.com/un\\_poco\\_de\\_historia.asp@sub=2&op=1.html](http://www.dibujo infantil.com/un_poco_de_historia.asp@sub=2&op=1.html)  
[2017, 27 de junio].

Martín, V. (2016, 14 de enero). Una vida por la que pelear. *El Correo de Burgos* [en línea], N° . Disponible en:

[http://www.elcorreodeburgos.com/noticias/burgos/vida-pelear\\_114840.html](http://www.elcorreodeburgos.com/noticias/burgos/vida-pelear_114840.html)  
[2017, 17 de febrero].

Marugán, J. (2009). La formación de la identidad de género y la orientación sexual desde una perspectiva psicoanalítica (Artículo no publicado). Departamento de Psicología Evolutiva. Universidad Complutense de Madrid.

Marugán, J. (2015a). El sujeto de la pulsión y sus objetos. (Anotaciones asignatura Procesos psicológicos y *Fundamentos de Psicoterapia*). Departamento de Psicología Evolutiva. Universidad Complutense de Madrid.

Marugán, J. (2015b-Sin publicar). Apuntes asignatura *Fundamentos de psicoterapia*. Departamento de Psicología Evolutiva. Universidad Complutense de Madrid.

Marugán, J. (2015c). Tabla de posiciones subjetivas en el desarrollo sujeto. (Asignatura Procesos psicológicos y *Fundamentos de Psicoterapia*). Departamento de Psicología Evolutiva. Universidad Complutense de Madrid.

Parke, R. D. y Clark-Stewart, A. (2011). Emotions. En *Social Development* (pp. 141 – 174). Hoboken, NJ : J. Willey & Sons.

Piaget, J. (1952). *The origins of intelligence in children*. New York: International University Press.

¿Qué es arteterapia? (2012). [en línea]. Asociación Profesional Española de Arteterapeutas. Disponible en: <http://www.arteterapia.org.es/que-es-arteterapia/> [2017, 19 de mayo].

Román, M. (2011). *Memoria de actividades La Pajarera*. Manuscrito no publicado, Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Sanjuan, R. (2011). Proyecto de Arte y Hospital. Centre D'Art La Panera. *Arte, Individuo y Sociedad*, 23, 257-265.

Stake, R. E. (2010). *Investigación con estudio de casos* (5ª ed.). España: Ediciones Morata.

Stern, D. N. (1996). *El mundo interpersonal del infante. Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*. España: Paidós.

Taylor, S. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. España: Paidós.

Tena Muñoz, V. (2014, Marzo). Arteterapia en la Estimulación Temprana, Bebés. *Revista Sublimarte* [en línea], Nº 2. Disponible en: [https://issuu.com/revistasublimarte/docs/revista\\_sublimarte\\_n\\_mero\\_2](https://issuu.com/revistasublimarte/docs/revista_sublimarte_n_mero_2) [2017, 28 de Mayo].

Vick, R. M. (2003). A Brief History of Art Therapy. En C. A. Malchiodi (Ed.), *Handbook of Art Therapy* (pp. 5-15). New York, NY: The Guilford Press.

Vygotsky, L. S. (2009). *La imaginación y el arte en la Infancia* (9ª ed.). Madrid, España: Akal.

#### Enlaces de interés

Organización Nacional de Trasplantes:

<http://www.ont.es/informacion/Paginas/Trasplante.aspx>

Foro Iberoamericano de Arteterapia:

<http://www.arteterapiaforo.org>

American Art Therapy Association:

<https://www.arttherapy.org>

British Association of Art Therapy

<http://www.baat.org>

Société Française de Psychopathologie d'Expression et d'Art-thérapie.

<http://www.sfpe-art-therapie.fr>

## ANEXOS

### ANEXO I - TABLA PULSIONES PARCIALES

Objeto	Zona erógena	Fantasma	LUGAR en el OTRO	ACCIÓN DIRECTA		ACCIÓN INVERSA	
				Extracción del Objeto	Atravesamiento del Objeto	Atravesamiento del Objeto	
Pezón	Boca	Oral	Dependencia Necesidad	Comer/Diferir	Ser comido	Vomitir	Ser vomitado
Bolo Fecal	Ano	Anal	Demanda	Defecar	Ser defecado	Retener	Ser retenido
Mirada	Ojo	Escópico	Poder (Desvitaliza)	Mirar	Ser mirado	Cegarse	Ser cegado
Voz Producción	Aparato Fonación	Invocante	Deseo	Hablar	Ser hablado	Enmudecer	Ser enmudecido
Voz Recepción	Oído		Angustia (Vitaliza) Supervivencia	Oír	Ser oído	Ensordecirse	Ser ensordecido
Dolor	Táctil	Sadomasoquista	Goce cuerpo	Pegar	Ser pegado	Insensibilizarse	Ser insensibilizado
Falo	Genital	Sexual	Falta Goce fálico	Penetrar	Ser penetrado	Invalidarse sexualmente	Ser invalidado sexualmente

Esquema III. 10a - Modalidades de objeto a, zona erógena y modalidad del fantasma. J. Marugán, 2008.



## ANEXO II – ENTREVISTA COTERAPEUTA Y TRIANGULACIÓN

### **¿Qué características te llamaban más la atención de Zan y Nube?**

De Zan que tiene mucha necesidad, agarrar algo, y luego no quiere dejar, pero luego cuando deja otra vez busca otra cosa para estar, agarrar otra cosa. Y Nube, he trabajado menos que tú con ella pero siempre la veía con curiosidad y que es muy juguetona, bueno no es la palabra adecuada, que siempre tiene ganas de hacer cosas, pero siempre, ni se cansa. Y luego la manera de su madre, como educarla, como jugar con ella, me parecía que tenía muchos límites, entonces que me parecía que le faltaba esa libertad de expresarse o jugar.

### **¿Consideras que la función materna está establecida en Zan y Nube?**

Zan sí, Nube tengo duda, es porque no he trabajado tanto con ella, no la he observado tanto como tú, entonces mi experiencia con ella es bastante superficial, pero Zan sí. Para los niños los padres o la familia que tienen es su mundo, es donde aprenden o reconocen su imagen, o la imagen de otra persona de otro.

### **¿Y sobre la función paterna?**

Creo que la familia de Zan y Nube tenían un límite bastante marcado, sin embargo, la madre de Nube era muy de enseñar, como su trabajo, muy de enseñar algo que está considerado correcto por la sociedad, “así tiene que ser”; sin embargo creo que Zan si es algo que puede hacer entre su familia porque no tenía tanto límite como Nube, no podía hablar mal o enfadarse conmigo porque yo soy una persona de fuera de su familia, pero sin embargo, entre ellos me parecía más o menos aceptable.

### **¿Qué características valoraría como favorecedoras de la intervención arteterapéutica?**

A Nube la necesidad de juega, ella necesita más juegos, porque al final todo lo que hace como un tipo de juego, “yo quiero como, Nube caca, y luego no quería hacer nada” y luego todo eso era un juego, se reía un montón cuando venía la gente y cuando ella decía cosas como, no sé, ella decía muchas cosas a las enfermeras “tonta”- dice Nube, “ah ¿yo soy tonta?”-dice la

enfermera, “¡Tontaaaa!”-dice Nube, “ah ¿yo soy tonta?”-dice la enfermera, “mala”- dice Nube, “ah ¿yo soy mala?”-dice la enfermera, para ella todo era un juego, yo creo que es la necesidad que tiene la niña, entonces siempre el utilizar el arte le podría ayudar. Es lo que hemos hecho, que tú le permitiste usar muchos materiales que no podía usar con su madre, o en una manera diferente, que para ellos es una necesidad jugar, para los niños.

Zan, para marcar el límite pero en otra forma, me parece que su familia le dice muchas cosas, y el niño muchas veces se queda como “no puedo”, “vale”, “no es que yo soy muy bueno, yo soy muy bueno”, entonces cambiar un poco el concepto a través del arte, el ser el malo, ser el bueno. “¿cómo es? A ver exprésalo con las obras, no tienes que contar”, porque siempre el niño va a repetir lo que le han dicho, entonces eso le podría ayudar, a hacer arteterapia.

### **¿Y cómo desfavorecedoras?**

Nada. Hmmm yo creo que para Nube podía ser una confusión, porque lo que decía la madre y lo que decíamos nosotras era un poco diferente, decíamos “todo es posible, si quieres usarlo así” y luego cuando estábamos con otro niño otra vez la madre estaba igual, entonces podía ser para la niña un tiempo de confusión. Y Zan, yo creo que ha sido una excusa para portarse así un poco raro, y sacar su rabia al final contra su familia “Ah, ya me váis a dejar pero yo voy a jugar con lola “wrrrrrrrr” no me importa porque yo sé que me va a dejar todo”, también ha sido como una excusa para sacar su rabia pero de una manera equivocada.

### **¿Consideraría entonces la arteterapia en la primera infancia como elemento facilitador de bienestar en el ámbito hospitalario?**

Sí, sobretudo en el ámbito clínico porque tiene tantos límites, que los niños son mucho más sensibles, solamente no tienen la misma capacidad que los adultos, no van a explicar todo a través de las palabras, no me van a decir “¡jo, estoy súper agobiado porque me han puesto cables, y me duele muchísimo porque me han dicho que no puedo comer”, no lo van a hablar, entonces usar un medio distinto sí que les puede ayudar mucho sobretudo en el ámbito clínico todo es un límite, no puedes dormir en esas horas, no

puedes comer, no puedes hacer, no puedes salir... Entonces al menos dar una oportunidad de ver la realidad en otro punto de vista.

### **¿Qué mejorarías de nuestra intervención?**

Poner el límite, poner más el límite, porque “Hoy Zan se porta rarísimo, no me deja, pues tengo que estar más con él”, o “Hoy Nube está lanzando todo, pues tengo que estar más tiempo”, entonces los niños se quedaban a veces sin saber el encuadre, me parece, es lo que he pensado “¿Estoy haciendo mal porque hoy he estado más tiempo con ...? Y luego con Zan he estado cinco minutos, y luego con... no estoy haciendo nada, ya he dedicado treinta minutos”.

### **¿Habrás hecho una intervención con más énfasis en lo grupal?**

No porque son niños muy diferentes, con muchas necesidades distintas, aunque mi supervisora muchas veces me hacía hincapié en la parte grupal, pero yo no estaba de acuerdo, pero sí que teníamos que poner más el límite desde el principio con cada uno. Creo que ellos al final se han quedado con el concepto de arteterapia como un juego, y aunque no es nada malo tampoco saben muy bien, no reconocen la arteterapia como una oportunidad en mi opinión.

Resumiendo la entrevista a la coterapeuta junto con lo expuesto en el trabajo, se puede concluir que la compañera destaca que Zan muestra incomodidad ante la ausencia de los objetos por lo que siempre necesita estar agarrando algo (objetos transicionales), como en su búsqueda simbólica. Por su lado Nube es muy juguetona, buscando el ser centro de atención (ser mirada, escuchada, querida), también ella muestra mucha necesidad de libertad porque tiene mucho límite. Considera que la función materna está establecida, mientras que en la paterna ambos tienen límites muy marcados, dando lugar a que Nube se la marque siempre la norma de lo socialmente correcto y a Zan que no se le permita expresar siempre el enfado, o no de manera adecuada.

Como favorecedores de la intervención destaca el juego, la variedad de materiales y el espacio de libertad (se opina que al final faltó trabajar este espacio más junto a la familia), el poder buscar y probar significados distintos

a los habituales, para no repetir lo marcado. Considera que en general la arteterapia favorece el bienestar en el ámbito clínico por salir de los límites, por permitir expresarse más allá de las palabras y por poder experimentar la realidad desde otro punto de vista.

Como desfavorecedores destaca el que pueda generar confusión lo que permite el espacio de arteterapia como lugar de libertad y el límite fuera de este espacio, y el que la rabia no se exprese de manera adecuada.

La coterapeuta mejoraría de la intervención el marcar unos límites temporales más rígidos. Y aunque da valor a lo grupal, no considera que hubiera que darle mayor énfasis por la variedad de necesidades de los niños. También considera que los niños y familiares se han quedado más como una sensación de la arteterapia como un juego y no como una herramienta.

# ANEXO III – TABLA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

ETAPAS	SESIÓN	PROPUESTA	OBJETIVOS SESIONES	TÉCNICAS	MATERIALES	PARTICIPA FAMILIA
<b>PRIMERA</b> <b>Presentación</b>	<b>1</b>	Dibujo libre	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Tomar contacto</li> <li>. Presentar la Arteterapia</li> <li>. Jugar mediante el uso de las artes plásticas</li> <li>. Generar clima de confianza</li> <li>. Trabajar la motricidad fina</li> </ul>	Dibujo	Folios, ceras duras y ceras blandas	Nube: Sí (madre)  Zan: NO (al final comparte y muestra las obras a su madre).
	<b>2</b>	Dibujo libre	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Tomar contacto</li> <li>. Jugar mediante el uso de las artes plásticas</li> <li>. Generar clima de confianza</li> <li>. Trabajar la motricidad fina</li> </ul>	Dibujo y construcción	Folios, ceras blandas, papel de seda, pegamento y lápices	Nube: NO  Zan: Sí (hermana)
	<b>3</b>	Dibujo libre	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Jugar mediante el uso de las artes plásticas</li> <li>. Generar clima de confianza</li> <li>. Explorar nuevos materiales</li> <li>. Favorecer la expresión del yo</li> </ul>	Dibujo y música	Cartulina, folios, tizas y ceras blandas.	NO
	<b>4</b>	Dibujo libre	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Jugar mediante el uso de las artes plásticas</li> <li>. Generar clima de confianza</li> <li>. Explorar los límites</li> <li>. Favorecer la expresión del yo y la realidad</li> </ul>	Dibujo y Pintura	Folios y ceras blandas	Nube: Sí (abuela)  Zan: Sí (hermana)

ETAPAS	SESIÓN	PROPUESTA	OBJETIVOS SESIONES	TÉCNICAS	MATERIALES	PARTICIPA FAMILIA
SEGUNDA. Espacio seguro creador	5	Dibujo libre y composición	<ul style="list-style-type: none"> <li>.Jugar mediante el uso de las artes plásticas</li> <li>.Trabajar la contención</li> <li>.Trabajar la motricidad fina</li> <li>.Ayudar a la expresión de, emociones y pensamientos</li> </ul>	Dibujo y collage	Folios, ceras blandas, revistas, pegamento, tijeras, batea	Nube: Sí (abuela)  Zan: NO
	6	El Cuento/ Dibujo libre	<ul style="list-style-type: none"> <li>.Trabajar la conciencia y el concepto de cuidado</li> <li>. Explorar el universo simbólico y su imaginario</li> <li>.Experimentar nuevos materiales</li> <li>. Trabajar la expansión y la contención mediante la motricidad fina</li> </ul>	Dibujo y collage	Cuentos, folios, ceras, rotuladores, pegamento y papel de seda	NO
	7	Body Tracing	<ul style="list-style-type: none"> <li>.Promover sentimientos positivos y de bienestar</li> <li>. Jugar mediante el uso de las artes plásticas</li> <li>. Experimentar nuevos materiales</li> <li>. Explorar el cuerpo y la enfermedad</li> <li>. Favorecer la autonomía y la sensación de control</li> </ul>	Dibujo y pintura	Folios, ceras blandas, tijeras, pegamento, papel de seda y témperas.	Nube: Sí (padre)  Zan: NO
	8	Navidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Disminuir el malestar producido por la experiencia hospitalaria</li> <li>. Generar experiencias positivas.</li> <li>Fortalecer el vínculo con el grupo y familiar</li> </ul>	Dibujo y collage	Goma eva, ceras blandas, tijeras, pegamento y folios.	Nube: Sí (Madre)  Zan: NO

ETAPAS	SESIÓN	PROPUESTA	OBJETIVOS SESIONES	TÉCNICAS	MATERIALES	PARTICIPA FAMILIA
<b>SEGUNDA.</b> Espacio seguro creador	<b>9</b>	Experimentar la témpera	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Experimentar nuevos materiales</li> <li>. Disminuir el malestar producido por la experiencia hospitalaria</li> <li>. Jugar mediante el uso de las artes plásticas</li> <li>. Estimular la capacidad de adaptación a nuevas situaciones</li> <li>. Trabajar la frustración y la espera</li> <li>. Poner mayor mirada positiva al cuerpo</li> <li>. Experimentar nuevos materiales</li> <li>. Potenciar un espacio de libertad y exploración</li> <li>. Favorecer la autonomía y la sensación de control</li> <li>. Trabajar la concentración y motricidad fina</li> <li>. Conocer y diferenciar las emociones básicas</li> <li>. Asociar los colores a emociones concretas</li> <li>. Expresar emociones</li> <li>. Experimentar nuevos materiales</li> <li>. Favorecer la autonomía y la sensación de control</li> <li>. Favorecer la toma de decisiones</li> <li>. Explorar los colores (percepción)</li> <li>. Trabajar la expansión y la contención mediante la motricidad fina</li> <li>. Favorecer la autonomía y la sensación de control</li> <li>. Expresar las emociones</li> </ul>	Dibujo y pintura	Tapa de cuaderno, témperas, rotuladores, ceras, lápices, Goma eva, tijeras, pegamento, y arcilla	Nube: Sí (madre)  Zan: NO
	<b>10</b>	Del cuerpo como superficie de trabajo		Dibujo, pintura, modelado y recortes	Ceras blandas, pinturas de cara, arcilla, témperas, tijeras.	NO
	<b>11</b>	El monstruo de los colores		Dibujo. Pintura, recortes, composición, collage y modelado	Cuento, ceras, folios, algodón, goma eva, pegamento, tijeras, batea, plastilina	NO
	<b>12</b>	Obra libre		Dibujo, Pintura, recortes y collage	Témperas, folios DIN A4 y DIN A3 y ceras.	Nube: Sí (madre y abuela)  Zan: No

ETAPAS	SESIÓN	PROPUESTA	OBJETIVOS SESIONES	TÉCNICAS	MATERIALES	PARTICIPA FAMILIA
SEGUNDA · Espacio seguro creador	13	La máscara y el disfraz	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jugar mediante el uso de las artes plásticas</li> <li>Disminuir el malestar producido por la experiencia hospitalaria</li> <li>Generar experiencias positivas dentro de la experiencia hospitalaria</li> <li>Fortalecer el vínculo con el grupo</li> </ul>	Pintura, dibujo y collage	Goma eva, rotuladores, pegatinas, témperas,	NO
	14	La función teatral	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jugar mediante el uso de las artes plásticas</li> <li>Posibilitar la evasión de la realidad mediante actividades y estímulos</li> <li>Generar experiencias positivas dentro de la experiencia hospitalaria</li> <li>Fortalecer el vínculo con el grupo</li> </ul>	Pintura, collage, juego (representación)	Témperas, goma eva, rotuladores, plástico duro, pegamento,	NO
	15	La posibilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>Favorecer la toma de decisiones</li> <li>Propiciar la autonomía y la sensación de control</li> <li>Experimentar nuevos materiales</li> <li>Potenciar un espacio de libertad</li> </ul>	Pintura, dibujo, recortes y collage	Folio DIN A4 y A3, papel celofán de colores, pegamento, tijeras, gomets, témperas y plastilina	Nube: Sí (madre)  Zan: NO
	16	El otro uso del material médico	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jugar mediante el uso de las artes plásticas</li> <li>Estimular la capacidad de adaptación a nuevas situaciones y resolución de problemas</li> <li>Generar experiencias positivas dentro de la experiencia hospitalaria</li> <li>Propiciar la autonomía y la sensación de control</li> <li>Evocar la imaginación y la creatividad</li> </ul>	Juego y modelado	Jeringuillas, Folio DIN A4, plastilina, esparadrapo, tijeras.	NO



ETAPAS	SESIÓN	PROPUESTA	OBJETIVOS SESIONES	TÉCNICAS	MATERIALES	PARTICIPA FAMILIA
TERCERA. El cierre	17	El huevo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comenzar a explicar la finalización del trabajo y visitas de las arteterapeutas</li> <li>Posibilitar la expresión de las emociones</li> <li>Experimentar nuevos materiales</li> <li>Trabajar la expansión y la contención mediante la motricidad fina</li> <li>Evocar la imaginación y la creatividad</li> </ul>	Pintura	Acuarelas y témperas sólidas	Nube: Sí (padre)  Zan: NO
	18	Obra libre	<ul style="list-style-type: none"> <li>Profundizar en el cierre del trabajo y visitas de las arteterapeutas</li> <li>Favorecer la toma de decisiones</li> </ul>	Pintura, recortes, collage y construcción	Folios, témpera sólida, témperas, rotuladores, pegamento, tijeras.	Nubre; NO  Zan: Sí (madre)
	19	La Despedida	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cerrar el proceso de arteterapia</li> <li>Propiciar espacios para la despedida y la expresión se las emociones</li> </ul>	Pintura, juego, recortes	Folios, témperas sólidas, témperas, rotuladores, pegamento, tijeras.	NO

